Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 46 — 6 Juin 1896 — 7 FRANCS par An.

LA

# PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

ABONNEMENTS :
Paris et Départements. . . . . 7 fr.
Etranger. . . . . 10 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

ADMINISTRATION :
GEORGES CARRÉ, ÉDITEUR
3, RUE RACINE, Paris

DIRECTION SCIENTIFIQUE
F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers
E. BONNAIRE, Professeur agrégé, Accoucheur des hôpitaux.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine
L. OLIVIER, Docteur ès sciences.
DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
M. LERMOYEZ, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à
M. LE Dr DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL
Les communications verbales sont reçues les lundi et vendredi
De 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris

## SOMMAIRE

PHASE RADICULAIRE DES NÉVRITES ASCENDANTES TRAUMATIQUES, par MM. GILLES DE LA TOURETTE et A. CHIPAULT . . . . . 269

### ANALYSES

**Bactériologie :** Contribution à l'étiologie de la fièvre typhoïde, par M. N. KIANITZINE . . . . . 270
**Chirurgie :** Sur la ponction et l'incision du péricarde, par MM. DELORME et MIGNON . . . . . 279
**Neurologie et Psychiatrie :** Quelques considérations sur la théorie des neurones à propos des lésions expérimentales des cellules du noyau du moteur oculaire commun, par M. FLATAU. — Le tabes dorsalis Dégénérescence du protoneurone centripète, par M. E. de MASSARY. 272
**Thérapeutique et Matière médicale :** Traitement des affections cardiaques chroniques par le massage, par M. ZABLONDOWSKY. . . . . 272
**Médecine publique et hygiène :** Des maladies provoquées au bagne, par M. PIERRE. . . . . 272

Sur la cholédocotomie, par M. GÉRARD MARCHANT. CCXXVIII

### SOCIÉTÉS SAVANTES

**Société de chirurgie :** Fibromes récidivants d'origine traumatique, M. PICQUÉ. MM. ROUTIER, DELORME, MICHAUX. RECLUS, KIRMISSON, CHAMPIONNIÈRE, POIRIER, FÉLIZET, PIQUÉ, CHAMPIONNIÈRE, FÉLIZET, CHAMPIONNIÈRE. — Ankylose angulaire du genou ; résection cunéiforme de l'articulation après section transversale de la rotule, suture consécutive au fil d'argent des deux fragments de la rotule, guérison, M. PICQUÉ. — Rupture d'une ankylose du genou consécutive à une arthrite blennorrhagique ; guérison, M. DELORME. . . . . CCXXX
**Société médicale des hôpitaux :** Scarlatine à rechute, M. COMBY. MM. RENDU, LE GENDRE, ROGER, BÉCLÈRE. — Syphilis cérébro-spinale précoce, M. DU CAZAL. MM. BALZER, CATRIN, MÉNÉTRIER . . . . . CCXX
**Société anatomique :** Sac herniaire hypertrophié, M. HERESCO. — Rétrécissement sous-glottique ; tubage, M. BAYEUX. — Kyste muqueux et dermoïde de l'ovaire gauche (aspect adénoïde), M. MERMET. — Tumeur du sein, M. SCHMID. — Sur une nouvelle méthode de préparation anatomique, par M. Melninoff Razwedenkoff, de Moscou, M. A. PILLIET. — Ulcération tuberculeuse de l'estomac, M. WEINBERG. — Tumeur cornée, M. PÉRAIRE. — Tumeur du naso-pharynx, M. MONNIER. — Faciès comparatif des rachitiques et des hydrocéphales, M. REGNAULT. . . . . CCXXXI
**Société française d'ophtalmologie :** Corectopie et luxation congénitale du cristallin avec chorio-rétinite chez une hérédo-syphilitique, M. SAUVINEAU. M. TERSON. — Incrustation pseudo-métallique de la cornée, M. DARIER. MM. ABADIE, DESPAGNET, PARENT, CHEVALLEREAU, ABADIE, DESPAGNET, DARIER. — Dix cas d'ophthalmie diphtéritique traités par la sérothérapie. Guérison, M. DESPAGNET. MM. ABADIE, ANTONELLI, MORAX, ABADIE, BOUCHERON, JOCQS, WUILLAUMET, DESPAGNET. — Deux cas d'amblyopie monoculaire par scotome central (névrite rétrobulbaire) ; guérison brusque par injections sous-conjonctivales, M. DARIER. MM. MORAX, PARENT, ABADIE, PARENT, SAUVINEAU, ABADIE, ANTONNELLI, DARIER. — Hémorrhagie rétro-choroïdienne spontanée avec hémorrhagie oculaire externe, M. MORAX. MM. TERSON, PARENT, MORAX . . . . . CCXXXII
**Société de médecine et de chirurgie pratiques :** Résultats des revaccinations dans les Ecoles communales de la 8e circonscription du XVIIe arrondissement. Influence prophylactique générale de la vaccine. M. IASIEWICZ. MM. TOLÉDANO, BROCHIN, IASIEWICZ. — Simulation d'amblyopie double, attribuée à la lumière des éclairs, M. DE BEAUVAIS. . . . . CCXXXII
**Sociétés étrangères :** Russie. . . . . CCXXXIII

### FORMULAIRE PRATIQUE

Pour éviter la rouille des instruments de chirurgie. — Congestion du foie. — Broncho-pneumonie des enfants. — Gastro-entérite aiguë des enfants. . . . . CCXXXIV

*Répertoire thérapeutique* . . . . . CCXXXIV

## HOPITAUX

**Concours des Hôpitaux (Chirurgie).** — Ont obtenu :

Séance du 3 Juin.

| MM. | | MM. | |
|---|---|---|---|
| Mauclaire. . . . . | 28 | Jayle . . . . . | 23 |
| Demars. . . . . | 19 | Guillemin. . . . . | 27 |

Séance du 5 Juin.

| MM. | | MM. | |
|---|---|---|---|
| Glantenay. . . . . | 25 | Souligoux. . . . . | 26 |
| Genouville. . . . . | 23 | Wassilieff. . . . . | 22 |

## *NOUVELLES*

**Société de chirurgie.** — Séance du 10 Juin : Suite de la discussion sur la cholédocotomie. — Traitement du cancer du rectum, par M. Chaput. — Sur l'appendicite, par M. Guinard. — Election d'un membre titulaire.

**Société médico-chirurgicale.** — Séance du lundi 8 Juin 1896 : M. E. Bloch. Un cas mortel de fièvre hémoglobinurique bilieuse chez un paludéen, cinq mois après son retour de Madagascar. — M. V. Poulet. Nouveau cas de broncho-pneumonie d'une exceptionnelle gravité, traité avec succès par la pilocarpine à haute dose. — M. Dauchez. Entéroclyse dans les diarrhées chroniques infectieuses de l'enfance, non tuberculeuses.

## DE LA CHOLÉDOCOTOMIE [1]

Par M. GÉRARD MARCHANT
Chirurgien de l'hôpital Tenon.

L'opération de la cholédocotomie est aujourd'hui une opération bien réglée. Les indications sont nettement définies, qu'il s'agisse de calculs, ou d'infection des voies biliaires ; mais le diagnostic présente de sérieuses difficultés et c'est un point à bien mettre en lumière.

J'ai opéré cinq malades, pour des calculs réels ou supposés du cholédoque : ces observations me semblant avoir un certain intérêt, je demande à les relater devant vous.

Il y a cinq ans, je fus appelé auprès d'une femme jeune encore, trente-six ans, qui avait, depuis dix-huit mois, des crises hépatiques avec ictère. Les crises étaient subintrantes, les douleurs si vives, et la perturbation apportée à l'économie telle, que je proposai une intervention. Deux saisons à Vichy et un traitement médical bien combiné n'avaient rien donné.

Une laparotomie latérale me permit d'arriver sur la région de la vésicule, mais là commença mon embarras. La vésicule était remplacée par une série de kystes de dimensions inégales, renfermant un liquide clair. Il ne me fut pas possible de retrouver, au milieu de ces adhérences du péritoine, du duodénum et de la face inférieure du foie, le canal cholédoque ; je ne trouvai pas de calcul et j'établis alors une fistule au niveau d'une de ces vacuoles dont je viens de parler.

Je jugeai l'opération que je venais de pratiquer, comme vous-même, elle était irrationnelle et sans validité. C'est ici qu'un heureux hasard pour le chirurgien, et surtout pour la malade, vint à notre secours.

Dans la nuit qui suivit cette intervention, cette opérée fut prise de douleurs extrêmement violentes avec irradiations dans l'épaule, de vomissements incoercibles, et, après quarante-huit heures d'un état syncopal alarmant, les crises cessèrent brusquement, et cette malade rendit par les selles un calcul.

A partir de ce moment, tout rentra dans l'ordre et j'eus le bénéfice moral d'une intervention heureuse alors que seul le hasard m'avait servi. Je me suis demandé si la fixation de la vésicule, les manœuvres pour trouver ce calcul introuvable n'avaient pas aidé la nature, mais je ne conseillerai à personne de renouveler pareille tentative.

Dans les deux faits qui vont suivre, je n'ai pas été plus heureux pour la découverte du calcul du cholédoque.

M. Barthez, d'Ivry m'envoyait, à l'hospice d'Ivry, une femme de cinquante-quatre ans, qui, depuis plus de deux ans, avait un ictère des plus prononcés, survenu brusquement, sans coliques hépatiques antérieures ; il n'y avait aucun trouble de la santé générale, pas de perte d'appétit, pas d'amaigrissement, mais une insomnie due aux démangeaisons des plus pénibles éprouvées par cette malade ; les selles étaient décolorées.

Je pensai à une obstruction des voies biliaires et pratiquai la laparotomie. Je trouvai une vésicule biliaire moyennement distendue et, ici encore, malgré toutes mes recherches, je ne pus arriver à déceler un calcul. Je dus établir une fistule biliaire externe. Cette femme a vécu un an et demi dans mon service, améliorée par l'intervention au point de vue de son ictère et de ses démangeaisons. Les recherches que je fis souvent pour trouver un calcul, restèrent infructueuses, lorsqu'un jour, cette femme succomba à des phénomènes d'ictère grave.

Je pratiquai avec le plus grand soin l'autopsie de cette femme et, jugez de ma surprise, de trouver des voies biliaires très larges, un cholédoque admettant le doigt, nulle part d'obstruction, nulle part de calcul.

L'examen histologique, fait au laboratoire de M. Brault, permit de constater qu'on se trouvait en présence, non d'une obstruction du cholédoque, mais d'une affection du foie.

« A un faible grossissement on voit déjà que la topographie du foie a changé ; toute la surface de la coupe est parsemée de nodules d'hyperplasie nodulaire. Au lieu de se diriger régulièrement vers la périphérie du lobule, les

1. Communication faite à la Société de Chirurgie, le 3 Juin 1896.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DÉSINFECTION
A DOMICILE
PAR LES VAPEURS D'ALDÉHYDE FORMIQUE
(Synonyme Formol)
SEULE CONCESSIONNAIRE
DES APPAREILS ET PROCÉDÉS TRILLAT
DÉPOSÉS ET BREVETÉS DANS TOUS PAYS
DIRECTION & BUREAUX :
21, rue Godot-de Mauroi, Paris
S'y adresser pour recevoir notice et tous renseignements

Glycérophosphate de chaux Freyssinge.

VICHY-CÉLESTINS
POUGUES St-LÉGER Souverain antidote des maladies de l'estomac.
HAMAMELINE-ROYA : *Tonique vasculaire.*
RUBINAT SOURCE LLORACH Le meilleur purgatif naturel
SPARADRAPS ANTISEPTIQUES DEBUCHY
HAMAMELIDINE LOGEAIS

trabécules cellulaires, d'ailleurs très hypertrophiés, appartenant à tout un lobule ou à une partie du lobule se clivent sans présenter une orientation déterminée autour d'un vaisseau quelconque du foie. Très souvent même, on n'aperçoit aucun vaisseau sur la coupe de ces nodules.

Les espaces-porte sont le siège de lésions considérables qui portent sur le système des canaux biliaires. Presque tous les canaux biliaires, aussi bien les grands que les petits, sont infiltrés et entourés d'éléments embryonnaires. Cette infiltration leucocytique suit le trajet des canaux biliaires, leur forme des manchons complets qu'on voit très bien sur des coupes longitudinales de canaux biliaires.

Les espaces-porte eux-mêmes sont élargis et envoient souvent des prolongements conjonctifs, vers la périphérie des lobules hépatiques. Dans ces coupes, où il n'y a presque pas de lésions scléreuses, nous avons cependant vu une grande plaque de tissu conjonctif occupant tout le champ du microscope, et réunissant deux canaux biliaires très enflammés.

D'ailleurs, il faut dire que le processus scléreux ne présente pas la même intensité dans toute l'étendue du foie. Tandis que les coupes d'un morceau du foie ne présentent presque pas de sclérose, en nous donnant surtout le dessin du foie atteint d'hyperplasie nodulaire, les coupes faites sur un morceau pris dans une autre portion du foie montrent un processus scléreux bien avancé. Ici, les prolongements scléreux ne meurent pas tout aussitôt à la périphérie du lobule, mais vont à la rencontre les uns des autres, et, en se réunissant, délimitent des espaces irréguliers englobant parfois un, mais le plus souvent plusieurs lobules hépatiques. C'est aussi dans ces coupes qu'on constate la pigmentation biliaire prononcée de certains trabécules. Tantôt cette pigmentation ou plutôt infiltration biliaire frappe tout un lobule, tantôt elle est limitée à la périphérie des trabécules hépatiques.

Avec un fort grossissement, on constate que les canaux biliaires présentent tous les degrés de l'inflammation. On peut trouver encore des canaux biliaires qui ont conservé leur épithélium cylindrique ou cubique, mais qui sont cependant entourés d'une zone inflammatoire. Le plus souvent l'épithélium des canaux biliaires est tombé et leur paroi est complètement infiltrée d'éléments embryonnaires. Par place, la paroi des canaux biliaires a disparu, et, à la place d'un canal biliaire, on ne trouve qu'un abcès biliaire microscopique. Les traînées leucocytiques, partant des canaux biliaires, diffusent un peu dans l'espace-porte et vont infiltrer les parties périphériques des lobules hépatiques. Dans aucune de nos coupes nous n'avons vu une veine ou une artère hépatique entourée par une zone embryonnaire complète.

Les cellules hépatiques sont très hypertrophiées et présentent souvent dans leur intérieur deux, trois et parfois quatre noyaux.

Dans les points que nous avons indiqués plus haut, elles sont infiltrées de bile qui apparaît sous forme de petites granulations vertes, sur des coupes colorées avec du bleu de méthylène.

Les capillaires intertrabéculaires sont souvent dilatés et laissent voir, dans leur intérieur, un nombre assez considérable de leucocytes.

Il résulte de notre analyse microscopique, que nous sommes en présence d'une angio- et périangiocholite compliquée d'hépatite diffuse nodulaire. Comme le maximum des lésions inflammatoires est autour des canaux biliaires et que c'est seulement là qu'on trouve des nodules inflammatoires, nous sommes en droit de conclure que ce sont les canaux biliaires qui ont ouvert la porte à l'infection.

En même temps qu'il a provoqué des lésions d'angio- et de périangiocholite, l'agent infectieux a irrité, d'une façon indirecte, peut-être en sécrétant des toxines, les cellules hépatiques qui ont réagi en formant des nodules hyperplasiques. »

Ma seconde observation se rapproche beaucoup, au point de vue des difficultés du diagnostic, de la première. En Mai 1895, entrait dans mon service de l'hôpital Tenon, un malade soigné dans le même hôpital par mon collègue, M. Brault, pour un ictère chronique.

Il y a sept mois, *sans jamais avoir eu de crise de colique hépathique ni aucun trouble hépatique*, le malade a commencé à jaunir, et, presque d'emblée, a présenté tous les signes d'un ictère chronique par rétention. Dès ce jour, sans cependant voir son appétit ou son embonpoint diminuer, il a eu des séries de poussées d'ictère, puis des périodes où son teint semblait revenir à la couleur normale. Ces poussées d'ictère s'accompagnaient d'une légère ascension thermique, et, peu après, la température retombait à la normale.

Dans ces derniers temps, l'appétit est devenu moindre, et l'état général paraît moins satisfaisant. En résumé, comme signes fonctionnels et généraux, ictère chronique avec poussées subaiguës probablement dues à une angiocholite ascendante. Comme signes physiques, l'examen de la région hépatique montre un foie augmenté de volume, débordant de deux travers de doigts le rebord costal; mais, de plus, on sent, dans le flanc droit, dépassant la masse hépatique, une tumeur piriforme, mobile, à parois minces, nettement fluctuante, présentant tous les caractères de la vésicule biliaire.

Sauf cette dilatation de la vésicule, les symptômes présentés par le malade, étant donné l'intégrité des fonctions digestives et de l'état général, semblaient en faveur d'une occlusion lithiasique. C'est le diagnostic qui fut porté.

L'opération de la laparotomie fut pratiquée le 10 Mai avec l'amicale assistance de mon collègue et ami, M. Brault. Laparotomie latérale, ponction de la vésicule biliaire, d'où l'on retire 1/2 litre de liquide. Exploration du cholédoque négative. Il semble que l'on sente vers la terminaison du conduit un point induré ou un calcul.

Drainage Mikulicz. Injection de sérum. Mort le 13, avec 39 degrés de température et des signes de péritonite.

A l'autopsie on trouve des signes de péritonite; un débris d'éponge avait été l'occasion de cette complication.

Le cholédoque est dilaté, énorme, admettant le pouce, et, autour de son embouchure et de sa traversée glandulaire, on rencontre, en pleine tête panériatique, une tumeur ligneuse, de la grosseur d'une noisette et comprimant la terminaison du conduit biliaire. Cette tumeur est, sans contredit, la cause de l'ictère chronique. L'examen microscopique a montré qu'il s'agissait d'un rétrécissement des embouchures du cholédoque, dû à un travail de sclérose ayant envahi la tête pancréatique et dont on trouvait également des traces dans le foie.

Voici, d'ailleurs, la note remise par M. Weinberg, du laboratoire de M. Brault :

« A l'autopsie, on constata que l'obstacle à l'écoulement biliaire était dû à l'oblitération complète de l'ampoule de Vater. Les orifices d'abouchement du canal cholédoque et de celui de Wirsung dans le duodénum sont absolument effacés.

Le canal cholédoque est très élargi; étalé, il a 4 centimètres de largeur.

Le canal de Wirsung lui aussi, est très dilaté et présente 1 centimètre de diamètre. Le pancréas est plus gros et plus dur qu'à l'état normal, et, sur une coupe macroscopique, laisse voir, surtout au niveau du duodénum, quelques canaux excréteurs bien dilatés.

Notre maître, M. Brault, a fait l'examen microscopique de l'ampoule de Vater, et il résulte de son analyse que l'oblitération de cet organe est de nature cicatricielle. L'inflammation chronique de l'ampoule de Vater a eu pour point de départ le canal cholédoque.

Nous avons tiré fort peu de détails de l'examen microscopique du foie. En effet, sur une coupe histologique le foie se présente comme un morceau de dentelle; on n'y voit que des alvéoles. Cependant, ces alvéoles sont limitées par des travées conjonctives, qui entourent les lobules hépatiques détruits par la nécrose cadavérique. Dans quelques point rares, où les lobules hépatiques restent intacts, on les voit, en effet, entourées d'une zone complète de tissu conjonctif. C'est ici aussi que nous avons pu voir un seul canal biliaire fortement enflammé.

Il s'agit donc ici d'une sclérose du foie, dont il est impossible de déterminer le point de départ.

Nous sommes plus heureux pour l'examen microscopique du pancréas. Il présente deux espèces de lésions: d'une part, la dilatation énorme du canal de Wirsung et de petits canaux excréteurs interlobulaires, et, d'autre part, la sclérose. La dilatation des canaux excréteurs s'arrête presque toujours à la périphérie des lobules pancréatiques, et nous n'apercevons que quelques rares courants excréteurs interlobulaires qui présentent une dilatation assez marquée.

La sclérose du pancréas est assez prononcée et les larges bandes de tissu fibreux qu'on trouve à la phériphérie de lobules pancréatiques envoient des tractus fibreux par places assez épais dans l'intérieur même des lobules pancréatiques. Les cellules pancréatiques ne paraissent pas altérées.

Ajoutons, enfin, que nous avons pu voir dans certains points l'hyperplasie de cellules centro-acineuses qui forment de petits nodules au centre de quelques lobules pancréatiques.

L'examen microscopique de la rate, du rein, du cœur et du poumon n'a décelé rien de particulier.

Nous n'avons pu trouver, dans la littérature médicale, un cas semblable d'oblitération cicatricielle simultanée du canal cholédoque et de celui de Wirsung. »

J'ai hâte de clore la liste de ces difficultés de diagnostic et d'arriver à deux cas d'obstruction du cholédoque par des calculs, traitée par la cholédocotomie.

La première observation est la suivante : L..., Marie, ménagère, trente-sept ans, a été prise il y a deux ans, d'une colique hépatique : vomissements, douleurs dans l'hypocondre droit, irradiée dans l'épaule droite, ictère avec matières décolorées; depuis cette époque, l'ictère n'a pas cessé et, tous les mois, la malade avait une nouvelle colique hépatique avec tous ses symptômes; depuis trois mois, les coliques deviennent plus fréquentes, une toutes les trois semaines, mais les vomissements ont cessé.

La malade entre dans le service de M. Talamon et est passée en chirurgie le 28 Novembre.

L'ictère est total, la réaction de Gmelin est caractéristique pour les urines, les selles sont grises, d'odeur fétide. État général satisfaisant, pas de fièvre.

La palpation de la région hépatique montre un foie normal, ne dépassant pas les côtes; on sent, au niveau du bord externe des grands droits au niveau de la dixième côte, une tumeur dure à contour limité et arrondi en bas qui semble être une vésicule biliaire distendue. La palpation n'est pas douloureuse. L'examen des autres organes ne montre rien de particulier.

Les antécédents de lithiase sont certains; l'ictère persistant montre qu'il y a rétention complète de la bile par un obstacle (calculs); mais ces calculs sont-ils dans le col de la vésicule biliaire, ce que l'on pourrait croire à cause de la tumeur résistante qui semble formée par la vésicule, ou bien dans le canal cholédoque?

La laparotomie est pratiquée le 9 Décembre. Anesthésie à l'éther, plan légèrement incliné, la tête étant en position déclive, ce qui doit permettre au foie de se placer contre le diaphragme.

Incision latérale sur une ligne parallèle à la ligne blanche et partant en haut du cartilage chondro-costal de la 10e côte, descendant en bas jusqu'à l'ombilic, et suivant, par conséquent, le bord externe du muscle droit de l'abdomen.

Cette grande incision doit donner un jour suffisant.

Rien à signaler jusqu'à l'ouverture du péritoine; aucune adhérence.

Le péritoine incisé, on voit un lobe du foie, le lobe aberrant, se rattachant au lobe carré qui forme la tumeur que l'on sentait par la palpation et qui avait fait croire à une vésicule dilatée.

Ce lobe est relevé par une compresse avec un écarteur.

Alors apparaît le champ opératoire; on voit, à droite et vers le hile, une vésicule biliaire normale mais rapetissée, en bas, les anses intestinales qui sont maintenues par une compresse aseptique et l'index de l'aide; à gauche, la peau de la paroi qui est inclinée au moyen d'un écarteur. Le fond est formé par le hile du foie avec le feuillet antérieur de l'épiploon gastro-hépatique.

J'explore à fond avec le doigt et je sens des corps étrangers (calculs) au travers du cholédoque très distendu.

La situation de ce conduit est bien délimitée au niveau d'un calcul parfaitement perçu par le toucher. Deux soies de soutien sont placées de chaque côté, dans le tissu péritonéal; elles sont destinées à servir de point de repère et à ne pas faire perdre de vue la région où l'on doit intervenir.

Entre ces deux soies relevées et faisant saillir modérément le canal, le bistouri va ouvrir ce dernier sur le corps étranger.

L'incision saigne assez abondamment, mais des éponges empêchent l'écoulement de sang et de bile; du reste le péritoine est protégé en bas par l'aide; l'opération se fait en dehors de la grande cavité péritonéale.

L'incision faite, les calculs sont extraits, de volumineux d'abord, puis de plus petits.

Je me sers ensuite d'une sonde cannelée, recourbée presqu'à angle droit, pour explorer le canal cholédoque en bas du côté du duodénum; je retire dans la rainure de la sonde de nombreux calculs jusqu'à ce que le chemin soit absolument libre; la même manœuvre est faite en haut et en dehors du côté de la vésicule; lorsque le cholédoque est complètement désobstrué, la suture est pratiquée.

Des points séparés sont placés transversalement au nombre de 7, puis 2 points longitudinaux réunis à ceux du côté opposé, recouvrent les premières sutures, absolument comme pour une suture intestinale.

Suture muco-muqueuse, puis suture séro-séreuse; un Mikulicz est placé à ce niveau, quoique il n'y ait pas d'écoulement sanguin ni de bile, et la région est fermée (sauf au point où passe le drainage iodoformé) par trois plans de suture séparés : péritoine, muscle et peau.

L'intervention a nécessité une durée de quarante minutes en tout.

Le nombre des calculs retirés est le suivant :

3 gros entiers, gros comme une noisette.

12 entiers ou morceaux variant d'un pois chiche à un pois ordinaire.

18 gros environ comme des lentilles, les plus petits comme des grains de chènevis.

Il y avait donc 33 calculs dans ce canal cholédoque, ce qui explique sa grande distension.

Pansement le 11 Décembre : le pansement est taché par un peu de bile — le drainage n'est pas enlevé.

Le 12, les matières sont colorées, la bile passe dans l'intestin.

Depuis l'intervention, la malade blanchit insensiblement, les sclérotiques deviennent jaunâtres, puis blanches, la paume des mains est blanche vers le septième jour, puis, lorsque la malade sort, il n'y a plus trace d'ictère. Rien dans les urines; les matières sont colorées, l'état général bon.

La malade sort complètement guérie, le 27 Janvier.

Voici la seconde observation : J... (Léon), âgé de cinquante ans, entre dans mon service de l'hôpital Tenon le 25 Mars 1896. Voici quels sont ses antécédents.

A trente ans, première crise de coliques hépatiques (douleurs dans l'hypochondre droit; irradiation vers l'estomac, l'épaule droite) durée : quatre heures.

A trente-cinq ans, deuxième crise, durée plus grande.

A quarante ans, troisième crise, durée : quatorze à quinze heures.

A quarante-cinq ans, quatrième crise.

Puis, crises de plus en plus fréquentes, tous les ans, puis, deux par an; il a remarqué, dès cette époque, qu'il

parfois de l'ictère et que ses selles étaient un peu châtres.

5 Décembre 1895, crise avec vomissements bilieux dants, ictère. Depuis, crises très fréquentes, ictère stant.

uellement : ictère intense. Douleurs spontanées au u de l'hypochondre droit, exagérées par la palpation. : la palpation et surtout par le ballottement, on une masse volumineuse qui descend dans le flanc à hauteur de l'ombilic.

tte masse ne donne pas l'impression d'une vésicule lie de calculs.

s selles ne sont pas décolorées.

s urines sont très colorées, riches en pigments res, mais elles ne renferment pas d'albumine.

mpérature, 37 degrés. Pendant les trois dernières ines, il y a eu trois fois des frissons, avec température à 40 degrés.

pération est pratiquée le 15 Avril 1895. Ether. Inciverticale le long du bord externe du muscle grand : ou arrive sur le foie et l'on voit que la masse ue par le ballottement est constituée par une lante dépendant du lobe droit du foie, qui descend en incissant dans le flanc droit, le long de la paroi minale.

vésicule biliaire, grosse à peine comme une noix, ontient pas de calculs et semble vide.

exploration du cholédoque, difficile à faire en raison a profondeur de cet organe, permet de sentir un il que l'on a fait remonter vers la vésicule, jusu lieu de réunion des canaux hépatique et cystique.

sion du cholédoque sur le calcul : extraction d'un il de la grosseur d'une olive et de deux autres fragts calculeux.

s'écoule, en même temps, un liquide jaune verdâtre, n'est autre que du pus et qui est recueilli sur des presses placées à l'avance; cathétérisme du canal une sonde cannelée. On cherche à suturer les is, mais, à cause de la profondeur de cet organe e la friabilité des tissus, on est obligé d'y renoncer. place un drain en caoutchouc entouré de gaze iodonée. Suture de la plaie abdominale qui laisse pase au drain. Pansement iodoformé.

e soir, température, 36°,7.

malade ne se plaint pas.

16 Avril, température, 37°,3. Ce matin, pendant on le changeait de linge, le malade a ressenti du droit une assez vive douleur. La respiration est un accélérée : expectoration de nombreuses muco-s. On refait le pansement : il est imprégné d'une nde quantité de bile; pas de ballonnement du tre.

rines colorées, moins abondantes. Le soir, 38°,2.

e 17 Avril, température, 38°,3. Respiration fréquente. ls petit. On refait le pansement qui, comme la veille, tout imprégné de bile. 1 piqûre d'éther. Injection aveineuse de 700 grammes de sérum. Urines, 400 gr. nissements (liquide jaune chocolat).

e 18 Avril, température, 36°,4.

ène respiratoire encore plus accentuée ; le malade tte de nombreuses mucosités; quelques vomissents peu abondants. Injection intraveineuse de grammes de sérum. Mort à 6 heures du soir. Temature, 38°,4.

l'autopsie, on ouvre d'abord la partie inférieure de cavité abdominale, pas de liquide dans cette cavité. la plaie abdominale, après avoir enlevé le drain, on ibe dans une petite cavité au fond de laquelle se uve l'ouverture du cholédoque. Cette sorte de cavité trouve baignée de liquide jaunâtre dans lequel se ent deux petits fragments calculeux (ces deux gments semblent, avec les deux petits fragments enés pendant l'opération, provenir d'un calcul de même ume que les deux autres et qui se serait brisé); elle limitée par des adhérences constituées par l'estomac, duodénum et le grand épiploon. En un seul point, fondement, ces adhérences manquent et par là le ide a pu descendre un peu vers le flanc droit où il a voqué la formation d'adhérences entre le côlon endant, la paroi abdominale et une anse d'intestin le.

'ouverture du canal cholédoque a environ 1 cent. 1/2 : e siège au point de jonction des canaux cystique et patique ; à 2 ou 3 centimètres au-dessous et sur la roi postérieure du canal se trouve un petit pertuis et, ce niveau, on sent un calcul gros comme une olive, l'on fait remonter et qu'on retire facilement.

Le foie est de couleur jaune foncé tirant sur le vert, n lobe droit s'allonge latéralement en une languette i descend jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de crête iliaque.

On enlève tout à la fois, le foie, l'estomac, le duodém et le pancréas. Ces derniers organes sont sains.

La vésicule est atrophiée : ses parois sont friables, e renferme un peu de liquide jaunâtre.

Le canal hépatique est libre.

Le canal cholédoque admet facilement l'index dans esque toute son étendue, sauf à sa partie tout-à fait rminale : sa longueur est de 9 à 10 centimètres.

Les parois sont friables dans sa partie initiale.

L'intestin renferme des matières colorées.

La rate est normale.

Le rein gauche est petit, mais normal ; le droit est us volumineux, un peu congestionné.

Poumons. Adhérences anciennes aux deux sommets, quelques noyaux crétifiés à ce niveau. Les deux poumons présentent de l'emphysème ; à la coupe des mucosités spumeuses sortent par les orifices des bronches dilatées.

Cœur normal.

Cerveau. Rien à noter.

Je suis persuadé que la mort, dans ce cas particulier, est due à une septicémie péritonéale. Bien que le pus n'ait pas pénétré dans la grande cavité péritonéale, comme le relate très explicitement dans son observation, mon interne, M. Herbet, il n'est pas douteux que la traînée de pus, au niveau de la paroi abdominale, a été l'occasion de la septicémie : avec un pus très virulent, cette lésion suffit pour expliquer la mort.

Il nous est permis de tirer quelque enseignement de ces faits longuement rapportés.

Le diagnostic des calculs du canal cholédoque peut être très difficile, — l'absence de coliques hépatiques antérieures doit faire soupçonner une obstruction lithiasique du cholédoque, — l'existence d'une grosse vésicule biliaire, nettement perceptible, doit éloigner aussi le clinicien de ce diagnostic puisque, dans la majorité des cas de lithiase cholédocienne, la vésicule est atrophiée.

Il faudra ne jamais oublier la coexistence possible d'un appendice linguiforme du foie avec les calculs du cholédoque. On évitera ainsi de confondre cette disposition du foie avec une vésicule biliaire distendue, qui éloignerait du diagnostic, au lieu de le favoriser.

Me rappelant, enfin, la terminaison fatale chez mon second opéré de cholédocotomie, je pense que, dans les cas où la fièvre antérieure, les frissons répétés, associés à des calculs du cholédoque, permettent de supposer une infection des voies biliaires, il y aura tout avantage à employer la méthode de cholédocotomie en deux temps, qui nous a été proposée par notre collègue, M. Quénu : en effet, en favorisant dans un premier temps les adhérences par un drainage allant jusqu'au cholédoque, l'incision ultérieure de ce conduit n'exposera plus à l'infection générale ou partielle de la cavité péritonéale.

# SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

3 Juin 1896.

**Fibromes récidivants d'origine traumatique.** — **M Picqué** donne lecture d'une communication, adressée à la Société de chirurgie, par M. Audain (d'Haïti).

L'auteur nous signale l'extrême fréquence, à Port-au-Prince, des fibromes d'origine traumatique. Ils se rencontrent surtout au lobule de l'oreille, après l'infubilisation, bien plus chez les noires que chez les mulâtresses.

M. Pilliet, chef du laboratoire de M. Tillaux, auquel l'auteur a envoyé plusieurs de ces tumeurs, en a fait une étude soignée au point de vue histologique, et les a rangées parmi les fibromes purs.

Ils prennent exactement naissance autour du conduit artificiel, que l'on perce à travers le lobule de l'oreille pour le passage des anneaux, si en usage dans ce pays, mais cependant, le conduit ainsi établi n'affecte pas un rapport constant avec la tumeur. Tantôt, mais plus rarement, il en occupe le centre, tantôt il se rapproche de l'extrémité inférieure, tantôt enfin, il siège vers la partie la plus élevée de la tumeur.

Ces différences de siège peuvent d'ailleurs facilement s'expliquer par le développement inégal du tissu néoformé au-dessus ou au-dessous du trajet artificiellement créé dans le lobule de l'oreille. Leur développement est assez lent. Parfois la tumeur est unilatérale ; mais, le plus souvent, les deux côtés sont pris.

Ses rapports avec le lobule sont les suivants. En général, elle se continue avec lui sans ligne de démarquation, mais, dans quelques cas, on observe un sillon circulaire entre lui et la tumeur.

Leur volume varie, depuis la grosseur d'un pois jusqu'à celui d'une grosse noix. Le plus souvent, elle a la forme et les dimensions d'une grosse cerise.

Leur consistance est dure, presque ligneuse. La peau qui les recouvre est amincie et ne glisse que difficilement sur la surface de la tumeur.

Ordinairement indolentes, elles ne gênent les malades que par leur situation et leur poids.

L'influence du traumatisme dans leur production paraît évidente. M. Audain déclare n'avoir jamais observé ces fibromes qu'après l'infubilisation du lobule.

D'ailleurs, l'auteur a observé des fibromes traumatiques dans d'autres régions, tumeurs dont la production tendrait à prouver une certaine prédisposition de la race nègre à produire du tissu fibreux anormal sous l'influence du traumatisme.

Dans un cas, c'est un fibrome post-auriculaire mastoïdien chez un noir qui avait reçu un coup de pied de cheval.

Dans un autre, c'est un jeune négrillon, d'environ douze ans, qui portait au pavillon de l'oreille un fibrome volumineux qui s'était développé rapidement à la suite d'un coup de fouet, donné un peu trop violemment, par un père brutal. M. Audain l'a opéré. Enfin, c'est une épulis fibreuse encore opérée chez une négresse d'environ quarante ans et développée rapidement à la suite d'un coup de bâton.

Bien que l'influence prochaine du traumatisme ne soit pas dans ces cas aussi évident que dans les précédents, il m'a paru intéressant de relever les faits contenus dans le travail de notre jeune confrère de Port-au-Prince.

L'influence du traumatisme sur le développement des tissus est une grosse question, que je ne me sens pas réellement la force de soulever à l'occasion de ce rapport. Les controverses auxquelles elle a donné lieu sont nombreuses.

Bien des auteurs ont signalé le rôle de la contusion dans la production des tumeurs, parmi lesquels Velpeau, Desault, et, plus près de nous, Virchow et Verneuil.

Mais il faut bien reconnaître que l'influence du traumatisme existe surtout pour le sarcome et je ne vous rappellerai que la statistique de Gross qui, sur 144 cas, relève l'influence du traumatisme dans 63. Quant au fibrome, cette origine doit être bien rare, puisque, dans le remarquable article de notre collègue Quénu, du Traité de chirurgie, la possibilité du fait n'est même pas signalée.

Le fait le plus intéressant qu'il me reste à vous signaler est le suivant.

Les fibromes du lobule de l'oreille, si bénins dans leurs manifestations, leur marche, leur constitution histologique établie par M. Pilliet, dont la compétence n'est pas discutable, récidiveraient avec une facilité extrême. M. Audain en aurait observé maints exemples et je tiens à vous signaler le plus frappant d'entre tous.

Une jeune femme noire, d'environ vingt-trois ans, vient le consulter pour une tumeur dure, mamelonnée qui occupait tout le lobule jusqu'à la conque et qui, d'autre part, avait envahi la région parotidienne.

La forme générale de cette tumeur était arrondie. Son diamètre était environ celui d'une pièce de 5 francs, son épaisseur, de dehors en dedans, de 2 centimètres.

La malade raconta qu'elle avait eu autrefois à l'oreille une petite boule qui pendait au-dessous du lobule (fibrome du lobule de l'oreille) et que c'était à la suite de l'ablation de cette première tumeur que la nouvelle s'était produite.

M. Audain résolut de lui pratiquer une large opération pour éviter toute récidive. Elle eut lieu le 13 Juin 1894. La tumeur ayant été enlevée, un lambeau fut pris sur le cou et rapporté, de façon à reconstituer le lobule et à combler la plaie de la région parotidienne.

Les suites immédiates furent très belles. L'oreille était reconstituée et la malade s'en allait enchantée.

Dix mois après, au moment où l'auteur partait pour la France, elle vint le consulter : la tumeur s'était reproduite ; le lambeau et la ligne de sutures étaient envahis de nouveau.

Nous ne pouvons accepter qu'avec les plus expresses réserves les conclusions que tire de cette observation M. Audain, en faveur de la récidive des fibromes. Cette récidive, invoquée à diverses époques, n'a jamais pu être établie sur des preuves solides. Autrefois Follin avait rejeté ce fait et, plus près de nous, Butlin déclare ne pouvoir accepter le groupe des fibromes localisés.

Il est regrettable que M. Audain n'ait pu faire pratiquer l'examen histologique de la tumeur enlevée par lui. Peut-être s'agissait-il d'une transformation du fibrome en sarcome, transformation qu'admet notre collègue M. Quénu.

Et, dans ce cas particulier, la nature exacte de la première tumeur a-t-elle été établie d'une façon précise ?

M. Audain se propose, à son retour à Port-au-Prince, d'opérer une troisième fois cette négresse. Je l'ai instamment prié d'envoyer la pièce à l'examen de M. Pilliet et de nous en communiquer le résultat.

Cet examen histologique pourra peut-être nous fournir un renseignement important sur cette question si intéressante de la récidive des tumeurs fibreuses.

**M. Routier**. J'ai eu l'occasion d'observer des lésions analogues chez deux femmes. L'une d'elles était une jeune fille sur le point de se marier : la tumeur n'existait que sur une seule oreille ; je l'opérai et il n'y eut pas de récidive. Chez l'autre malade, les tumeurs qui étaient bilatérales, offraient, chacune, le volume d'une grosse noix. L'opération ne fut pas non plus suivie de récidive; du moins je n'en ai pas encore eu connaissance. Je ne pense pas que ces productions soient des fibromes : elles se rapprochent beaucoup plus des véritables kéloïdes.

**M Delorme**. Dans les cas de ce genre, j'ai toujours eu recours à la compression et j'en ai obtenu de bons résultats.

**M. Michaux**. Je me rappelle avoir vu, dans le service de Gosselin, une femme atteinte d'une énorme kéloïde du pavillon qui mesurait 10 centimètres de long sur 8 ou 10 de large. Quant au traitement, il n'y a pas que la compression qui soit capable de donner des succès : les scarifications, le collodion salicylé peuvent aussi amener la régression de la tumeur.

**M. Reclus**. La compression est un bon moyen thérapeutique. J'ai obtenu un succès chez une fillette en réalisant cette compression à l'aide de bandelettes. La malaxation avec des tenailles, recommandée par quelques auteurs, ne m'a donné aucun résultat.

**M. Kirmisson**. Les faits dont parle M. Audain sont connus depuis fort longtemps ; la plupart des auteurs classiques en font mention dans leurs ouvrages. Quant à la nature de ces productions, je ne partage pas l'opi-

nion de M. Routier, car il ne s'agit certainement pas toujours de lésions kéloïdiennes. Je dois dire aussi, qu'en ce qui concerne la récidive signalée par notre confrère de Port-au-Prince, elle n'exclue pas la possibilité d'un fibrome : ce que nous savons aujourd'hui de la transformation des néoplasmes permet d'expliquer la réapparition des tumeurs qualifiées fibromes par M. Audain.

**M. Championnière.** Je partage entièrement la manière de voir de M. Routier : la description donnée par M. Audain est bien celle de la kéloïde. J'ai eu l'occasion d'observer à Saint-Louis un grand nombre de malades atteintes de kéloïdes, et j'ai la conviction que la récidive est inévitable; c'est aussi l'avis de M. Besnier, qui a examiné avec moi plusieurs de ces malades.

La compression, la malaxation, les scarifications sont des moyens insuffisants et même nuisibles à cause de l'irritation qu'ils peuvent provoquer. L'ablation est le traitement de choix. Pour ce qui est de la récidive, j'ai remarqué qu'elle se produit avec plus de lenteur après une intervention et que, dans ces conditions, la tendance de ces tumeurs au développement diminue avec les progrès de l'âge. Pour toutes ces raisons, il ne faut pas hésiter à opérer les malades affligés de ces sortes de difformités

**M. Poirier.** Les tumeurs qualifiées de fibromes par M. Audain me semblent n'être autre chose que des kéloïdes. J'ai opéré une enfant de sept ans pour une nodosité kéloïdienne annulaire du lobule de l'oreille, recouverte par une peau d'aspect parfaitement sain; deux ans après, j'eus l'occasion de constater une récidive; mais, cette fois, au lieu d'affecter une forme annulaire, la kéloïde s'était développée verticalement, dans le sens de ma ligne de suture.

Dans la suite, cette tumeur se mit à décroître, en même temps, que l'état général de l'enfant, qui était une petite strumeuse, s'améliorait. La constitution des malades joue certainement un rôle dans la pathogénie de ces difformités.

**M. Félizet.** Le meilleur moyen de combattre ces tumeurs consiste dans la compression associée à l'usage de l'iodure de potassium, de l'arsenic et des bains sulfureux. Pour ma part, je pense qu'il est rationnel de faire une distinction entre les fibromes et les kéloïdes vraies du lobule de l'oreille.

**M. Picqué.** L'examen histologique pratiquée par M. Pilliet a prouvé que les tumeurs en question sont bien des fibromes. D'ailleurs, le problème ne me semble pas si difficile à résoudre : il suffira de rechercher si ces productions se sont développées dans l'épaisseur du tégument cutané ou au-dessous de celui-ci.

**M. Championnière.** Je suis d'un avis diamétralement opposé : il est au contraire souvent impossible d'affirmer qu'une tumeur est dermique ou sous-cutanée; en effet, il suffit parfois d'une cicatrice imperceptible, siégeant à la face profonde de la peau, pour servir de point de départ à une formation kéloïdienne, qui, dans ce cas, pourra se développer librement dans le tissu cellulaire sous-cutané.

**M. Félizet.** Qui dit kéloïde dit tumeur intra-dermique : il ne me semble pas y avoir d'équivoque possible.

**M. Championnière.** C'est ce que je ne saurais admettre : la tumeur naît bien au niveau de la peau, mais elle n'est pas forcée d'envahir les couches superficielles; rien ne l'empêche de gagner parfois la profondeur.

**Ankylose angulaire du genou; résection cunéiforme de l'articulation après section transversale de la rotule, suture consécutive au fil d'argent des deux fragments de la rotule; guérison.** — **M. Picqué** lit une communication adressée par M. W. Binaud (de Bordeaux). Il s'agit d'une femme de vingt-cinq ans, entrée à l'hôpital Saint-André, le 5 Juillet 1892 pour une ankylose du genou gauche.

Excellente santé antérieure. En 1891, au sixième mois d'une deuxième grossesse, elle fut prise d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu.

La malade dut rester au lit pendant trois mois; son état ne s'améliora définitivement qu'après l'accouchement, qui se fit à terme. Malheureusement, le genou resta ankylosé et dans une attitude vicieuse.

M. Demons lui proposa, une première fois, une intervention opératoire qu'elle refusa.

Ce n'est qu'au bout de quatre mois, qu'elle se décida à entrer à l'hôpital.

A l'examen, on constate que le membre inférieur gauche est dans la rotation externe; la jambe, fortement fléchie sur la cuisse, forme avec celle-ci un angle presque droit.

Il existe une atrophie d'environ 3 cent. 1/2, sur les deux segments du membre.

L'extrémité inférieure du fémur, présente une très faible déviation en dedans, et l'extrémité supérieure du tibia est en légère subluxation postérieure.

La rotule domine le sommet de l'angle de flexion. En arrière, les tendons sont fortement rétractés. L'articulation est indolente. Les mouvements spontanés et provoqués sont impossibles.

L'intervention, acceptée par la malade, est pratiquée le 12 Juillet 1892 par M. Binaud, avec l'assistance de M. Demons.

Après les précautions d'usage, M. Binaud pratique une incision en H dont la branche horizontale, coupant exactement la partie moyenne de la rotule, mesure 12 centimètres et dans les deux branches verticales ont chacune 7 centimètres.

Les deux lambeaux ainsi circonscrits sont relevés comme à l'ordinaire à l'aide d'un trait de scie dirigé horizontalement, la rotule est divisée transversalement en deux fragments égaux, selon le procédé de Volkmann.

Chaque fragment est détaché; on détache le tendon de l'os sous-jacent, auquel il adhère par de nombreux tractus ostéofibreux.

M. Binaud limite alors facilement « l'angle de coin » à l'aide de deux traits de scie, presque perpendiculaires aux axes respectifs du fémur et du tibia.

Grâce à deux ou trois coupes correctrices, la rectitude s'obtient facilement.

Pour obtenir le maintien de la coaptation, notre collègue suture les deux fragments rotuliens à l'aide de deux fils d'argent.

Les parties molles péri-articulaires sont ensuite réunies comme à l'ordinaire.

Pas de drainage. Immobilisation dans une gouttière plâtrée.

Les suites opératoires ont été très simples et la réunion s'est faite par première intention.

Le 29 Août, la consolidation est complète et la malade peut commencer à faire quelques pas dans la salle, en se servant de béquilles

Avant de quitter l'hôpital, M. Binaud lui fait appliquer une guêtre de cuir bouilli munie à la partie postérieure d'une tige rigide.

M. Binaud a suivi la malade depuis sa sortie de l'hôpital : actuellement elle a renoncé à la guêtre, et peut, tout en boitant, fournir une assez longue course, sans éprouver de fatigue.

Cette observation représente un cas de résection du genou pour ankylose, favorable au point de vue opératoire et orthopédique, et nous ne pouvons que féliciter notre jeune confrère de Bordeaux du résultat qu'il a obtenu.

Je ne retiendrai donc pas longtemps l'attention sur ce cas, que je n'ai signalé, qu'en raison du mode de suture employé.

En effet, l'auteur a conservé la rotule après l'avoir sciée selon le procédé de Volkmann, et au lieu de placer ses fils sur les apophyses mêmes, il s'est contenté de placer deux sutures perdues sur les fragments rotuliens. Le résultat, dans ce cas, a été excellent.

**Rupture d'une ankylose du genou consécutive à une arthrite blennorrhagique.** — **M. Delorme** présente un malade auquel il a pratiqué cette opération : le résultat fonctionnel est excellent.

F. Jayle.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

5 Juin 1896.

**Scarlatine à rechute.** — **M. Comby.** Les rechutes des fièvres éruptives sont très rares, et tous les cas bien nets doivent être recueillis. On a rapporté récemment à la Société de hôpitaux (Chauffard et Lemoine), des exemples probants de rougeole à rechute.

Je présente aujourd'hui deux cas de scarlatine à rechute.

L'un de ces cas a été vu dans la clientèle de M. Pallier, ancien interne des hôpitaux, chez une fille de quatre ans, qui, quinze jours auparavant, avait présenté tous les symptômes d'une scarlatine normale.

Elle était en pleine desquamation lorsque, tout à coup, la fièvre se ralluma et un nouvel exanthème scarlatiniforme se montra sur le tronc et sur les membres.

La malade guérit après des symptômes inquiétants : prostration, état typhoïde, diarrhée, hyperthermie.

Le second cas a été observé à l'hôpital Trousseau, chez une fillette de six ans entrée, le 16 Avril 1896, au Pavillon d'isolement pour une scarlatine normale, avec forte fièvre et éruption généralisée pendant une semaine. Le quatorzième jour, alors que la fièvre était tombée et que la desquamation se faisait en larges lambeaux, l'enfant fut reprise de fièvre, avec éruption nouvelle semblable à la première. Cette rechute dura six jours et elle fut suivie d'une otite double; l'enfant guérit.

Les scarlatines à rechute, *scarlatines récurrentes* sont rares; mais elles sont bien connues et l'on en trouve des exemples dans les ouvrages de Hénoch, Barthez et Rilliet, Sanné (Dictionnaire Dechambre, article *Scarlatine*).

Tout récemment, M. Périgord (de Limoges) a publié, dans le *Limousin Médical* (Avril 1896), une observation de scarlatine doublement récurrente, chez une fille de quatre ans. La troisième éruption scarlatineuse (deuxième rechute) n'a pas duré moins d'un mois dans ce dernier cas.

Comment interpréter ces rechutes? Dans les pavillons d'isolement, où les malades sont nombreux et entassés, on pourrait invoquer une réinfection, une nouvelle contagion. Mais la rechute survient, dans les familles, chez des enfants isolés, sans qu'il existe d'autre cas dans leur entourage, dans la maison qu'ils habitent (cas de M. Pallier); cette explication n'est plus admissible.

Il est donc probable que la rechute de la scarlatine reconnaît la même pathogénie que celle de la fièvre typhoïde; c'est un processus mal éteint qui reprend, c'est un germe qui n'a pas épuisé sa virulence, ce n'est pas une maladie nouvelle qui se déclare.

**M. Rendu.** J'ai pu observer récemment un cas analogue à ceux dont vient de nous entretenir M. Comby; mais je ne crois pas pouvoir tirer de ce cas des conclusions identiques à celles de M. Comby. Voici le fait : un enfant a une scarlatine normale, puis au moment de la défervescence, et pendant la desquamation, évolue une angine blanche : nouvelle poussée fébrile, nouvelle éruption scarlatiniforme. Il me parut alors qu'il ne fallait pas conclure à une rechute de la scarlatine, mais bien à une infection secondaire par le streptocoque. Ces infections secondaires sont connues, et, récemment encore, M. Lemoine attirait notre attention sur leur fréquence et en étudiait la symptomatologie.

**M. Le Gendre.** J'ai pu cependant observer un cas qui ne me paraît pas susceptible de recevoir l'explication donnée par M. Rendu. Il s'agissait manifestement d'une scarlatine à rechute : première atteinte, normale, défervescence, puis angine *rouge*, et nouvelle scarlatine typique; cette seconde atteinte fut en tout identique à la première.

**M. Roger.** L'histoire des rechutes dans la scarlatine soulève un problème nosographique très difficile, puisque nous ne connaissons pas l'agent pathogène de la maladie, et que nous ne pouvons faire que des hypothèses sur la nature des accidents.

Or, j'ai observé dans mon service, depuis le 1er Janvier 1896, 90 malades atteints de scarlatine; dix fois, survint à la convalescence des éruptions secondaires. Dans trois cas, l'éruption était constituée par des érythèmes lichénoïdes ou papuleux, et ici, évidemment, on ne pouvait penser à une rechute; mais ces faits suffisent à faire émettre des doutes sur la nature des érythèmes scarlatiniformes de la convalescence. Ceux-ci ont été observés chez cinq malades, ils ont duré deux ou trois jours, sans s'accompagner d'accidents manifestes; scarlatiniformes le premier jour, ils présentaient nettement, le second jour, l'aspect d'une éruption de scarlatine.

Enfin, deux malades, à la fin d'une scarlatine très grave, eurent des éruptions tout à fait identiques à celles de la scarlatine; dans un cas, il se produisit même un léger exanthème au niveau de la gorge, et, trois jours après la disparition de cette éruption, en survint une troisième, beaucoup moins étendue, mais s'accompagnant de phénomènes généraux assez graves.

En rapprochant, comme je viens de le faire, les diverses éruptions post-scarlatineuses, on voit qu'il existe toute une série de faits, qui établissent des transitions entre les diverses variétés d'érythèmes, dont le type le plus élevé simule, à s'y méprendre, la rechute d'une scarlatine. Je ne nie pas la possibilité d'une rechute, j'ai voulu simplement montrer la difficulté du problème nosographique.

**M. Béclère.** Je partage absolument l'opinion de M. Rendu et de M. Roger, et je pense, comme mes deux collègues qu'il s'agit, en général, d'érythème post-infectieux, non de rechutes. Le plus souvent, les prétendues rechutes surviennent à la suite de scarlatines graves compliquées d'otite, de suppurations et de diverses autres manifestations streptococciques. Il est donc tout naturel de rattacher ces éruptions à une toxi-infection d'origine streptococcique.

**Syphilis cérébro-spinale précoce.** — **M. du Cazal** rapporte l'observation d'un homme atteint de syphilis cérébro-spinale débutant quatre mois après l'apparition du chancre.

**MM. Balzer, Catrin, Ménétrier** rappellent à ce propos que des observations analogues ont été publiées par eux; dans ces observations, les accidents médullaires ou cérébraux apparurent deux mois, six mois et un mois après le chancre.

E. de Massary.

## SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

5 Juin 1896.

**Sac herniaire hypertrophié.** — **M. Heresco** rapporte l'observation d'un individu atteint de hernie inguinale, congénitale, contenue pendant plusieurs années à l'aide d'un bandage herniaire. A la suite d'accidents d'étranglement, on pratiqua la cure radicale. On tomba sur un sac herniaire, extrêmement hypertrophié, mesurait environ 1 cent. 1/2. Cette hypertrophie semble être formée par du tissu fibreux. De plus, en sectionnant le sac, on tombe sur un nodule gros comme une noisette ressemblant à une tumeur mélanique.

**Rétrécissement sous-glottique; tubage.** — **M. Bayeux** communique l'observation d'un enfant atteint de diphtérie pharyngée et laryngée. On pratiqua le tubage d'urgence. On fut obligé de refaire le tubage à trois fois. Finalement, on pratiqua la trachéotomie. L'enfant mourut quelque temps après. A l'autopsie, on trouva une tuberculose pulmonaire, une sclérose sous-glottique et une ulcération de la trachée, occasionnée par la canule à trachéotomie.

**Kystes mucoïde et dermoïde de l'ovaire gauche (aspect adénoïde).** — **M. Mermet** présente les pièces et montre les coupes de kystes de l'ovaire enlevés par M. Schwartz à une femme de soixante-six ans.

Les premiers accidents remontaient à un an. A la laparotomie, on trouva un kyste mucoïde multiloculaire de l'ovaire gauche, dont la plus grosse poche avait le volume d'une tête d'enfant de deux ans; à côté d'elle était un kyste dermoïde du volume d'une orange. Le péritoine

était sain, mais il existait un noyau d'épithélioma secondaire sur la portion supérieure du rectum.

Le kyste mucoïde présente quelques particularités intéressantes. La poche centrale contenait un liquide jaunâtre, filant, puriforme; de sa partie postéro-supérieure se détachait une masse du volume du poing d'aspect cérébriforme, de couleur gris rosé dans ses deux tiers postérieurs, de consistance pulpeuse et de couleur jaunâtre dans son tiers antérieur. Au microscope, on voit que cette énorme masse intra-kystique répond au type de kyste proliférant glandulaire de Waldeyer: elle est constituée par un tissu réticulé, adénoïde, dont les mailles arrondies, mais inégales, représentent, à s'y méprendre, autant d'orifices glandulaires et sont tapissées soit d'un épithélium cylindrique simple, soit d'un épithélium cubique unique ou stratifié; ces épithéliums sont en transformation muqueuse: on voit des cellules gonflées de mucine atteindre jusqu'à quinze ou vingt fois leur volume normal.

Le stroma qui forme le réseau inter-kystique est un tissu conjonctif délicat qui se densifie un peu au-dessous des épithéliums glandulaires. Il existe quelques vaisseaux parcourant ce stroma. La portion antérieure de la tumeur est formée par des détritus et des excréta cellulaires fournis par les cellules qui tapissent une grande poche kystique. Ces excréta sont constitués par de la mucine, par des granulations hyalines et réfringentes; les cellules ont subi la dégénérescence granulo-graisseuse et, çà et là, on retrouve seulement quelques noyaux conservés. Il est encore un point de particulier: c'est la vascularisation de ce tissu dégénéré parcouru par de fragiles capillaires entourés d'un épais manchon de cellules embryonnaires.

**Tumeur du sein.** — **M. Schmidt** montre une tumeur du sein qui, cliniquement, avait été diagnostiquée sarcome. L'évolution a été très rapide. La tumeur avait débuté, il y a cinq mois, et son accroissement avait acquis un volume considérable depuis trois mois. On fit l'extirpation de la tumeur. C'est une grosse masse molle transparente, un peu ambrée, avec plusieurs kystes à contenu visqueux, ayant tous les caractères du myxome.

**Sur une nouvelle méthode de préparation anatomique.** — **M. A. Pilliet.** En ma qualité de conservateur du Musée Dupuytren, j'ai reçu de M. Strelgoff, de Moscou, que je tiens à remercier ici, pour nos collections, des pièces anatomiques conservées à l'aide d'un procédé un peu compliqué, mais dont les résultats paraissent excellents. Ce sont d'abord une rate de fièvre récurrente aussi nette qu'à l'autopsie, un crâne et un cerveau d'asphyxie chez le nouveau-né, dans lequel toutes les traces de congestion sont restées intactes malgré un séjour de dix mois dans les liquides conservateurs, enfin un tibia d'enfant atteint de gommes probablement tuberculeuses et dans lequel la coloration normale des différents tissus est parfaitement conservée. Les pièces subissent les préparations suivantes :

1° La pièce non lavée, ni découpée, ni nettoyée, se met, durant vingt-quatre heures, dans la formaline, sur une couche de ouate, mouillée dans de l'eau et bien tordue préalablement.

2° On l'immerge dans l'alcool à 95 degrés, durant six à huit heures.

3° On la met ensuite dans la solution suivante :

| | | |
|---|---|---|
| Eau distillée. . . . . | 100 grammes. | ) |
| Glycérine . . . . . | 60 — | |
| Acétate de potassium . . . . | 30 — | ) |

**Ulcération tuberculeuse de l'estomac.** — **M. Weinberg** rapporte l'observation d'un enfant de douze ans ayant succombé à la tuberculose pulmonaire et intestinale avec généralisation dans presque tous les viscères et chez lequel il a trouvé une ulcération tuberculeuse de l'estomac. Au fond de cette ulcération, il y a des points caséeux sans cellules géantes, mais contenant des bacilles de Koch.

**Tuberculose de la mamelle.** — **M. Leblanc** présente une pièce de tuberculose mammaire : il s'agit d'une femme multipare, qui portait à la mamelle droite une tumeur du volume d'une mandarine, située en dedans et au-dessous du mamelon. Cette tumeur était mobile sur la peau et sur les parties profondes, fluctuante, légèrement bosselée et intimement unie à la glande. Un ganglion du volume d'une noisette pouvait être perçu dans l'aisselle. Le début était marqué par des douleurs trois mois auparavant.

La malade a eu des gourmes dans sa jeunesse; elle tousse tous les hivers; et a fait une pneumonie il y a deux ans. Rien à l'auscultation des sommets.

Opération le 28 Mai. On essaie l'ablation complète de la tumeur. Il faut surtout en haut, couper en plein tissu glandulaire. La paroi profonde porte un pédicule qu'on n'avait pas pu sentir auparavant. Le pédicule, malgré toutes les précautions, est incisé et le pus s'écoule par cette incision, la tumeur est enlevée et on recherche soigneusement le trajet du pédicule précisé. Le trajet se termine en cul-de-sac dans le 3e espace intercostal. Pas de lésion osseuse; léger épaississement du périoste de la 4e côte.

La pièce présente une cavité centrale qui contenait le pus. Les parois sont absolument infiltrées d'une série de petits tuberculomes crus ou ramollis et dont le volume varie de celui d'un grain de mil à celui d'un grain de raisin.

La recherche des bacilles a été négative. L'examen de la pièce, pratiqué par M. Letulle, a démontré qu'il s'agissait bien d'une tuberculose de la mamelle.

En somme, deux points principaux :

Existence d'une véritable infiltration autour d'une cavité principale.

Pédicule fusant vers le thorax et semblant indiquer l'origine et la marche de l'infection.

**Tumeurs cornées.** — **M. Péraire** montre 3 cas de tumeurs cornées : l'une de la face dorsale de la main, en forme de gâteau de Savoie, une autre sur le médius, de forme hémisphérique, et la troisième sur l'avant-bras, en forme d'ergot de coq. Dans ces 3 cas, ce sont des papillomes cornés.

**Tumeur du naso-pharynx.** — **M. Monnier** présente une tumeur naso pharyngienne enlevée chez une fillette de onze ans et demi qui ne présentait aucun phénomène fonctionnel. Cette tumeur est allongée en forme de langue et implantée par un pédicule à l'apophyse basilaire, et n'ayant nulle connexion avec les cornets.

**Faciès comparatif des rachitiques et des hydrocéphales.** — **M. Regnault** fait une étude comparative du crâne et de la face dans les cas d'hydrocéphalie. Voici ses principales conclusions :

1° Dans le rachitisme et l'hydrocéphalie, il y a toujours brachycéphalie, mais le crâne du rachitique n'est pas plus volumineux que le crâne d'un enfant du même âge, tandis que le crâne de l'hydrocéphale est énorme.

2° Le maxillaire supérieur est toujours lésé dans le rachitisme; les fosses canines sont enfoncées.

Ces lésions n'existent pas dans l'hydrocéphalie.

3° L'orbite est modifié dans les deux affections.

Le diamètre vertical est allongé, dans ces 2 cas. Chez le rachitique, l'allongement est dû à l'effondrement du maxillaire supérieur; chez l'hydrocéphale, c'est l'os frontal qui entraîne l'allongement de l'orbite.

4° L'orifice des fosses nasales est rétréci chez le rachitique par suite du rapprochement des fosses canines. Cet orifice n'est pas altéré chez l'hydrocéphale.

R. Marie.

## SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE

2 Juin 1896.

**Corectopie et luxation congénitale du cristallin avec chorio-rétinite chez une hérédo-syphilitique.** — **M. Sauvineau** rapporte l'observation d'une femme de cinquante-trois ans, hérédo-syphilitique, soignée dans le service de M. Fournier, pour un ulcère phagédénique de la jambe qui présente, en plus de cicatrices cutanées et d'une vulnérabilité dentaire absolue, d'intéressantes malformations oculaires: ectopie des deux pupilles avec iridodonésis et luxation congénitale des cristallins; de plus, on constate, à l'ophthalmoscope des taches atrophiques et pigmentées de chorio-rétinite analogues à ce qu'on rencontre dans les cas de chorio-rétinite, au cours de la syphilis acquise, mais qui ne peuvent avoir ici d'autre origine que la syphilis héréditaire. Il est intéressant de noter l'existence de l'hérédo-syphilis et de lésions hérédo-syphilitiques du fond de l'œil, chez un sujet porteur de corectopie et de luxation congénitale du cristallin, malformations dont la pathogénie nous est totalement inconnue.

**M. Terson.** Il y aurait évidemment un travail intéressant à faire sur l'étiologie syphilitique de la corectopie.

**Incrustation pseudo-métallique de la cornée.** — **M. Darier** présente un malade dont l'affection cornéenne est d'un diagnostic très difficile. Il y a un mois, ce malade reçut un morceau de corne animale sur l'œil gauche. Il se produisit une ulcération superficielle de la cornée qui fut soignée à l'Hôtel-Dieu par des applications de pommade iodoformée. Le malade affirme n'avoir jamais employé de solutions plombiques et n'avoir pas suivi d'autre traitement. Lorsque M. Darier vit le malade, il existait une érosion de la moitié inférieure de la cornée, érosion qui présentait un aspect blanchâtre métallique, absolument analogue à celui que l'on observe après l'emploi de collyre au sous-acétate de plomb. L'ulcération est limitée par un contour bleu plus accusé. Actuellement, l'épithélium est reformé, mais il existe de l'injection périkératique et de l'iritis. Il n'y a pas d'hypopion. Depuis qu'il est en observation, la tache n'a pas augmenté d'étendue. M. Darier serait porté à admettre une kératite d'origine animale.

**M. Abadie.** L'impression première lorsqu'on examine le malade de M. Darier, est qu'il s'agit d'une imprégnation métallique, mais ces dépôts métalliques s'enlèvent facilement par le raclage. Je crois que nous avons affaire à une infection d'origine spéciale, et je rappelle les cas intéressants de conjonctivite infectieuse d'origine animale que M. Parinaud nous a présenté, il y a quelques années, et dont j'ai eu l'occasion de publier quelques faits. Je serai d'avis, dans le cas particulier, d'essayer de l'iguipuncture et des injections sous-conjonctivales de sublimé.

**M. Despagnet.** Je ne crois pas à une infection d'autant plus que la tache n'a pas augmenté d'étendue. En outre, il n'y a plus d'ulcération proprement dite actuellement. Peut-être s'agit-il d'une de ces kératites calcaires dont Galezowski, Chevallereau et moi-même avons signalé des observations.

**M. Parent.** Dans la kératite plombique, il est très difficile d'enlever les incrustations, et d'ailleurs M. Darier n'a rien tenté dans ce sens. Le kératite calcaire ne présente pas ces caractères. C'est une lésion limitée ayant un aspect grisâtre, siégeant sur l'épithélium et de siège médian. Elle ne s'observe qu'à partir d'un certain âge et évolue lentement.

**M. Chevallereau.** La kératite calcaire ne se rencontre que chez certains individus de constitution spéciale. Je ne vois rien, dans le cas particulier, qui plaide en faveur d'une maladie infectieuse.

**M. Abadie.** La kératite calcaire a une évolution très lente, tandis qu'ici l'influence du traumatisme est des plus nettes.

**M. Despagnet.** Le malade de Galezowski atteint de kératite calcaire, avait quarante-deux ans; peut être l'affection a-t-elle un caractère particulier en raison du traumatisme.

**M. Darier.** Je crois qu'il s'agit d'une affection d'origine animale, mais non de nature infectieuse. J'ai pratiqué une injection sous-conjonctivale qui n'a rien donné. La teinture d'iode ne m'a pas donné de meilleurs résultats. Je me propose d'enlever un fragment superficiel de tissu infiltré pour en faire l'examen.

**Dix cas d'ophthalmie diphtéritique traités par la sérothérapie. Guérison.** — **M. Despagnet.** Depuis dix-huit mois, j'ai traité 10 cas de diphtérie oculaire, dont 7 monoculaires et 3 binoculaires. Sur ces 10 cas, 2 ont été observés à ma clinique, 1 à l'hôpital de Saint-Germain et 7 au dispensaire de Maison-Blanche. Tous ces cas se rapportent à des enfants de six mois à trois ans.

Au point de vue des antécédents morbides, nous avons noté 3 fois la rougeole, 2 fois une conjonctivite catarrhale avec phlycténulite. Dans un cas, la sœur du malade avait été atteinte, antérieurement, d'angine diphtérique.

Dans tous les cas, l'affection présentait le type clinique de l'ophthalmie diphtérique croupale. Les exsudats étaient superficiels. Dans un seul cas, il existait une infiltration interstitielle. Les paupières étaient œdématiées.

4 fois, les cornées étaient infiltrées. Dans 4 cas, la muqueuse nasale ou buccale présentait des lésions diphtériques, 1 seule fois, nous avons noté la coexistence d'une angine.

Le contrôle bactériologique a été fait, dans tous les cas; 4 fois, le bacille diphtérique était pur, 1 fois il était associé au staphylocoque, 1 fois au petit coccus, 3 fois au streptocoque, et 1 fois au streptocoque et au staphylocoque.

Tous ces malades ont reçu une injection de 10 centimètres cubes de sérum de deux ans. 1 seul a reçu deux injections de 10 centimètres cubes. Il s'agissait d'un malade chez lequel, et par suite de la négligence des parents, l'injection n'avait été faite que très tardivement, et chez lequel la cornée fut détruite. Les fausses membranes ont disparu dans l'espace de deux à huit jours, dans les 2 cas simples. Dans les cas d'association au streptocoque et au staphylocoque, les fausses membranes n'ont disparu que quinze jours après l'injection.

La disparition des fausses membranes a été suivie de folliculite.

Dans les 4 cas où les cornées ont été atteintes, 2 fois la guérison a été parfaite sans leucome; 1 fois il a persisté une petite ulcération, 1 fois, enfin, la cornée a été détruite.

Il n'a pas été fait d'autre traitement local, qu'une application quotidienne de pommade iodoformée.

Un fait intéressant que j'ai noté deux fois, c'est l'apparition d'une paralysie dans l'appareil oculaire; 1 fois il s'est présenté un ptosis qui a duré dix-huit jours, 1 fois une paralysie de la 6e paire, dont la durée n'a pas dépassé quatorze jours.

Ces observations viennent à l'appui de celles qui ont été publiées sur les heureux effets du traitement sérothérapique dans la diphtérie oculaire.

**M. Abadie.** J'ai été surpris lorsque M. Despagnet nous a annoncé 10 cas de diphtérie, mais j'en ai eu l'explication lorsqu'il nous a dit que 7 de ces cas provenaient du dispensaire de Maison-Blanche. Depuis plusieurs années, je n'en ai observé qu'un seul cas à une clinique, et il a guéri par l'injection de sérum.

Le diagnostic bactériologique est très important, et je rappelle le cas désastreux de conjonctivite à streptocoque, rapporté par Darier. Le sérum antidiphtérique n'avait eu aucune action, et, à l'époque, j'emettais l'hypothèse qu'il avait peut-être contribué à aggraver l'affection. Depuis lors, j'ai vu que l'on ne considérait plus le sérum comme inoffensif, et qu'on a renoncé aux injections préventives. J'attache donc beaucoup d'importance au diagnostic bactériologique, car, dans les cas de diphtérie vraie, il faut, sans hésiter, faire l'injection de sérum.

**M. Antonelli.** Je désire relever un point qui me paraît très important dans la communication de M. Despagnet : les cas de paralysie du releveur de la paupière ou du muscle droit externe à la suite d'ophthalmie diphtérique. Ces paralysies, tout à fait analogues aux paralysies des muscles du pharynx, après l'angine diptérique, viennent montrer qu'il s'agit d'une complication locale, de voisinage, probablement d'une névrite périphérique, d'origine infectieuse.

**M. Morax.** Il est absolument nécessaire de distinguer

les conjonctivites pseudo-membraneuses, causées par le streptocoque, de la conjonctivite diphtérique, au point de vue des résultats à obtenir par l'injection de sérum, et on ne saurait reprocher au sérum antidiphtérique de ne pas agir, dans des cas où le streptocoque est seul en cause. M. Abadie a rappelé les accidents imputés au sérum; qu'il me soit permis de faire remarquer que, dans les nombreux cas de diphtérie oculaire, traités par le sérum, on n'a noté, tant en France qu'à l'étranger, aucun des accidents graves dont on a rendu le sérum responsable, dans les faits d'angine ou de laryngite diphtérique. Les lésions exanthématiques et les douleurs articulaires mêmes ont été très rarement observées.

**M. Abadie.** Je crois fermement à l'efficaci'é du traitement sérothérapique et j'ai voulu insister seulement sur l'importance du diagnostic bactériologique.

**M. Boucheron.** Le traitement local ne doit pas être abandonné, et j'ai dans un cas obtenu de très bons effets de l'emploi de l'eau oxygénée, beaucoup moins irritante que le jus de citron.

**M. Jocqs** J'ai vu de nombreux cas de conjonctivites qui maintenant seraient considérées comme de nature diphtérique, et qui guérissaient très bien par la seule application de pommade iodoformée.

**M. Wuillaumenet.** Puisque le diagnostique bactériologique a été fait, je crois que, dans les cas de diphtérie pure, M. Despagnet aurait pu se dispenser du traitement local. C'est d'ailleurs, je crois, ce que Roux recommande.

**M. Despagnet.** M. Abadie a raison de s'étonner des nombreux cas qui se sont présentés à mon observation. C'est que dans le quartier de Maison-Blanche, il y a une quantité de conjonctivites purulentes et de conjonctivites phlycténulaires. La conjonctivite diphtérique n'est pas grave au début, mais elle devient grave par sa durée lorsqu'on ne la traite pas, et je rappellerai à M. Parent les cas nombreux et graves de conjonctivite diphtérique que nous observions à la clinique de Galezowski. Malgré le traitement à la pommade iodoformée, on les voyait persister des mois. Au point de vue des lésions cornéennes, les résultats ont été excellents et je rappelle encore que dans le cas où la cornée a été détruite, l'injection de sérum avait été retardée de six jours, par suite de l'incurie des parents. Il me semble que ces 10 cas plaident en faveur de la méthode sérothérapique.

**Deux cas d'amblyopie monoculaire par scotome central (névrite rétrobulbaire); guérison brusque par injections sous-conjonctivales.** — **M. Darier.** Un conducteur du tramway électrique de Saint-Denis est atteint d'une amblyopie monoculaire très accusée, développée à la suite de l'exposition au froid. Lorsque je le vis, il existait un scotome central et le malade comptait seulement les doigts à 50 centimètres. Je lui fis une injection sous-conjonctivale de sublimé et, quelques jours après, la vision se rétablit graduellement. Actuellement la vision et le champ visuel sont normaux. La guérison a été obtenue après une durée totale de quinze jours. Une autre malade, âgée de vingt-quatre ans ressent à la suite d'un traumatisme orbitaire, un affaiblissement de la vision dans l'œil droit. Le 28 Avril 1896, je constate un scotome central absolu et un léger rétrécissement du champ visuel. La papille ne présente pas d'autres altérations, qu'un peu de rougeur. La malade n'est pas hystérique; je fais le diagnostic de névrite rétrobulbaire, et, encouragé par mon premier cas, je fais le 28, le 30 Avril et le 6 Mai des injections sous-conjonctivales de sublimé qui ne produisent aucune amélioration. Le 9 Mai, je fais une injection de cyanure d'or. Cette injection provoque une très vive douleur, mais, trois jours après, on note une amélioration considérable qui va en s'accentuant les jours suivants, si bien que le 22 Mai l'acuité était égale à 1.

**M. Morax.** Il ne faut plus confondre aujourd'hui, sous une même désignation de névrite rétrobulbaire des affections essentiellement différentes comme évolution et comme nature. On ne peut assimiler, par exemple, la névrite rétrobulbaire aiguë à la névrite causée par l'intoxication nicotino-alcoolique ou avec la maladie de Léber. Je veux donc me limiter à discuter les cas de M. Darier qui rentrent dans le groupe des névrites rétrobulbaire aiguës. Ce groupe commence à être bien connu: on en fait même assez facilement le diagnostic et le pronostic. M. Parinaud m'a appris à les différencier, et j'ai pu en suivre un certain nombre de cas à sa clinique.

Cette forme de névrite rétrobulbaire aiguë évolue d'une manière assez régulière et guérit complètement dans la grande majorité des cas. J'opposerai notamment aux faits de M. Darier le cas d'un malade qui entra à l'hôpital Bichat dans le service de M. Roques et qui, trois semaines après le début de la cécité, avait récupéré une vision sensiblement normale, et cela en l'absence de tout traitement local ou général. Je crois donc, qu'en présence d'une affection qui évolue spontanément vers la guérison, il faut avant tout éviter au malade un traitement aussi douloureux que les injections sous-conjonctivales.

**M. Parent.** Je suis de l'avis de M. Morax, et je crois qu'un traitement douloureux est tout-à-fait superflu. Les sels d'or ont été essayés autrefois dans la syphilis, mais ils ne se sont pas montré supérieurs aux sels de mercure.

**M. Abadie.** M. Galezowsky n'avait-il pas prétendu que les phénates d'or donnaient des résultats merveilleux?

**M. Parent.** Je n'ai jamais observé la supériorité des sels d'or.

**M. Sauvineau.** Dans ces deux observations, M. Darier a éliminé le diagnostic d'hystérie, mais je serai porté à croire qu'il s'agit là d'amblyopie hystérique, d'autant que la guérison a succédé à un traitement douloureux.

**M. Abadie.** Je suis d'accord avec M. Morax lorsqu'il dit qu'il y a un type clinique de névrite rétrobulbaire aiguë bien nettement défini, et qu'on doit le différencier; mais je diffère d'opinion sur la facilité du diagnostic et du pronostic. Il y a évidemment des cas simples qui guérissent spontanément, mais il n'est pas facile de reconnaître ces cas-là. La marche de la maladie seule peut nous renseigner. J'ai vu des cas se terminer par l'atrophie des nerfs optiques.

**M. Antonnelli.** Je crois aussi qu'il n'est pas toujours facile de diagnostiquer la névrite rétrobulbaire aiguë.

**M. Darier.** Je féliciterai tout d'abord M. Morax de son optimisme. Leber, Sammelsohn et d'autres formulent sur la névrite rétrobulbaire un pronostic beaucoup plus sombre. En outre, les injections sous conjonctivales ne sont pas très douloureuses. Je répondrai à M. Sauvineau qu'il n'existait chez mes malades aucun symptôme d'hystérie et que notamment le champ de vision des couleurs était pas interverti.

**Hémorrhagie rétro-choroïdienne spontanée avec hémorrhagie oculaire externe. M. V. Morax.** — L'hémorrhagie rétro-choroïdienne qui survient parfois à la suite d'une intervention chirurgicale, l'iridectomie ou l'extraction du cristallin, se développe rarement d'une manière spontanée, car il faut, pour la provoquer, des conditions spéciales. Dans le fait que j'ai observé, il s'agit d'un homme de cinquante-deux ans qui avait perdu la vision de l'œil gauche à la suite d'une plaie pénétrante de la cornée par coup de baïonnette.

Pendant vingt-six ans, cet œil, légèrement atrophié, n'avait provoqué aucune gêne. En Février 1896, l'œil devient un peu sensible, mais les douleurs peu intenses, n'obligent pas le malade à suspendre son travail.

Le 2 Avril, il se produit brusquement une évacuation de liquide transparent à laquelle succède une hémorrhagie continue non pulsatile, dont l'origine siège au niveau de l'ancienne cicatrice adhérente de la cornée.

Cette hémorrhagie s'accompagne de douleurs vives et d'une augmentation de la tension intra-oculaire. L'énucléation est pratiquée et l'examen anatomique du globe montre que les milieux intra-oculaires ont été expulsés par une fissure correspondant à l'ancienne plaie, tandis qu'il s'est produit une hémorrhagie remplissant complètement le globe en refoulant les membranes. L'hémorrhagie siège entre la choroïde et la sclérotique, elle refoule en avant et di-socie la partie adhérente de l'iris au niveau de la perforation cornéenne. C'est par ce point que se produisait l'écoulement hémorrhagique. L'examen microscopique montre que la réouverture de la plaie ancienne a été produite par une ulcération cornéenne au voisinage du leucome adhérent. Cette réouverture, en amenant l'issue brusque de l'humeur aqueuse et du corps vitré, a produit un abaissement de tension intra-oculaire, lequel a provoqué l'hémorrhagie rétro-choroïdienne.

**M. Terson.** J'ai proposé de désigner ces hémorrhagies par le terme d' « hémorrhagies expulsives », car elles ont pour effet d'expulser le contenu intra-oculaire. J'ai observé récemment un cas assez analogue à celui que M. Morax nous a présenté.

Le malade faisait-il un effort lorsque l'issue du vitré s'est produite? A-t-on constaté des lésions cardiaques.

**M. Parent.** Je me souviens d'avoir vu un cas assez semblable à celui de M. Morax. Il s'agissait d'un malade atteint de conjonctivite blennhorrhagique avec ulcération de la cornée. Lorsque la perforation se produisit, elle fut suivie d'une expulsion du vitré et d'une hémorrhagie très grave que rien ne pouvait arrêter.

**M. Morax.** L'accident s'est produit sans cause provocatrice directe. Le malade ne faisait aucun effort et l'auscultation ne m'a révélé aucune affection cardiaque.

V. Morax.

## SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES

4 Juin 1896.

**Appareil pour injections de sérum artificiel.** — **M. Tolédano** présente un appareil imaginé par M. Dumouthiers, qui permet de faire les injections de sérum artificiel dans des conditions d'asepsie et de commodité remarquables.

**Résultats des revaccinations dans les Écoles communales de la 8e circonscription du XVIIe arrondissement. Influence prophylactique générale de la vaccine.** — **M. Jasiewicz** a obtenu des succès dans la proportion de 27 pour 100 pour les garçons et les filles en bloc, ces dernières donnant un chiffre plus élevé, en général.

D'une enquête minutieuse, il résulte que les enfants non soumis à la revaccination depuis quelques années ou n'ayant jamais été revaccinés ont été plus souvent atteints de maladies, surtout infectieuses, que les revaccinés récemment avec ou sans succès, ce qui confirme l'opinion exprimée par l'auteur à plusieurs reprises, et reconnue exacte par plusieurs observateurs, MM. Dubousquet, Dignat, etc.

**M. Tolédano** confirme les assertions précédentes : proportion plus forte de succès chez les filles revaccinées, immunisation par la revaccination contre les maladies infectieuses en général.

**M. Brochin**, frappé de ce que, depuis l'application des procédés antiseptiques à la petite opération de la vaccine, les insuccès sont plus fréquents que par le passé, demande quelle est la pratique de M. Iasiewicz à cet égard.

**M Iasiewicz** a aussi constaté une forte proportion d'insuccès après l'emploi de la liqueur de van Swieten; il lave à la solution boriquée et n'a jamais eu de complications.

**M. le Président** s'attache surtout à la désinfection de la lancette (oxycyanure de Hg). Si on lave la peau, avoir soin de l'essuyer, le vaccin perdant de son pouvoir par la dilution même avec de l'eau simple.

**Simulation d'amblyopie double, attribuée à la lumière des éclairs.** — **M de Beauvais** en relate l'observation, dont le sujet est un détenu de Mazas.

M. Dehenne, qui examine le prisonnier, émet aussi l'opinion qu'il s'agissait d'un simulateur; réflexes pupillaires normaux; pas de lésions des milieux et des membranes profondes; l'action de l'éclair sur l'œil paraît être une légende populaire.

A. de Crésantignes.

## SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

*RUSSIE*

Signalons, à la *Société des neuropathologistes de Moscou* la communication de **Rybakoff** sur la **narcolepsie**. On sait que cette affection, décrite pour la première fois par Gélineau, se rencontre assez rarement sous sa forme typique. C'est pour cela justement que le cas rapporté par Rybakoff est intéressant. Il s'agit d'un jeune étudiant de dix-huit ans, issu d'une famille de névropathes, et présentant des signes physiques très manifestes de dégénérescence. Deux ans avant son entrée à l'hôpital, il fut atteint de fièvre typhoïde, à la suite de laquelle il commença à se manifester un certain degré de somnolence qui ne tarda pas à prendre un caractère pathologique. Ordinairement dès le matin, le jeune garçon se sentait tout courbaturé et avait envie de se recoucher. Actuellement, la narcolepsie est devenue plus intense. La somnolence apparaît vers onze heures du matin et se termine par un sommeil plus ou moins profond. Le nombre de ces accès de sommeil s'élève parfois jusqu'à trois par jour, la durée de chacun étant de cinq à soixante minutes.

Après avoir indiqué que les auteurs ne sont pas d'accord sur la nature de la narcolepsie, les uns, comme Gélineau, la considérant comme une névrose absolument autonome, les autres, comme Ballet, la regardant au contraire, comme un accident qui peut survenir au cours d'affections très différentes, Rybakoff dit, qu'à son avis, la narcolepsie vraie est une maladie spéciale, ou plus exactement un ensemble de phénomènes qui, parfois, prend la première place parmi d'autres manifestations psychiques de la dégénérescence. Son caractère particulier consiste dans une tendance invincible au sommeil. Quant à la prédisposition à cette maladie, toute une série d'accidents, abstraction faite de la dégénérescence, peuvent jouer un certain rôle, par exemple, l'épuisement résultant d'une maladie du cœur, du foie, etc. Le nombre d'accès dans la narcolepsie vraie n'est pas très élevé : de 1 à 5; leur durée varie de quelques minutes à deux heures; parfois, le sommeil est accompagné de rêves et de sursauts. Il faut distinguer de la narcolepsie vraie l'état narcoleptique dans lequel les accès de sommeil sont en rapport avec de différentes affections du système nerveux ou des viscères. Cet état narcoleptique peut se manifester principalement dans l'épilepsie et l'hystérie. Le trait distinctif de cet état spécial se trouve dans le caractère même des accès : dans l'épilepsie, le sommeil arrive ordinairement d'un coup, dure peu de temps et aucune irritation extérieure ne peut réveiller le malade. Dans l'hystérie, les accès se produisent aussi subitement et s'accompagnent, très souvent, de contractions convulsives des paupières. Il faut également distinguer la narcolepsie de la somnolence qu'on observe assez souvent dans les différentes formes d'imbécillité, dans la paralysie progressive, l'obésité, le diabète, etc.

**Rossolimo** émet l'opinion qu'il s'agissait, peut-être, dans le cas de Rybakoff, d'une intoxication, et demande si l'on a fait des recherches en ce sens.

**Serbsky** dit qu'on ne saurait jamais comparer la narcolepsie aux impulsions invincibles des dégénérés.

**Schataloff** cite un cas de narcolepsie où la maladie a duré plus de dix-huit ans et le nombre des accès s'élevait jusqu'à 40 par jour; dans ce cas, la narcolepsie était certainement en rapport avec une otite bilatérale. Et en effet, lorsque les phénomènes de l'otite eurent disparu, le nombre des accès diminua aussitôt.

A la *Société de psychiatrie et de névrologie de Saint-Pétersbourg*, **Osipoff** a rapporté les résultats de ses recherches sur **les terminaisons centrales du nerf vague**. Ses recherches furent faites d'après le procédé d'atrophie, les coupes colorées par les procédés de Marchi, de Pabl, etc. Il est impossible de détacher les racines du nerf vague du *système latéral complet* des

eurs. Elles cheminent dans la moelle avec les racines la 9e paire, bien qu'elles commencent et se termi- nt plus bas que ces dernières. Le noyau postérieur du rf vague s'atrophie dans toute sa longueur; l'atrophie particulièrement prononcée dans les segments supé- urs des noyaux et principalement dans sa partie pos- o-interne. Ce n'est pas seulement le noyau postérieur i s'atrophie, mais toute la région de « *area cinerea* » côté opéré. Le faisceau solitaire, ainsi que la subs- nce gélatineuse qui se trouve à son côté externe, trophie considérablement. L'opinion énoncée par ause que les fibres radiculaires de la 10e paire ne se nfondent pas dans les fibres qui partent du nerf vague t inexacte. En outre, sur les coupes préparées d'après procédé de Marchi, on voit des fibres atrophiées dissé- minées çà et là dans la région des colonnes antérieures, s deux côtés, au niveau des racines de la 10e paire. s fibres dégénérées sont disposées symétriquement s deux côtés des racines de la 12e paire.

A la même Société, **Bechtereff** a communiqué **un cas anévrisme de l'artère carotide interne dans la gion du rocher**. L'anévrisme a été diagnostiqué ndant la vie de la malade, il y deux ans. La femme teinte de cet anévrisme présentait les phénomènes ivants : paralysie périphérique complète de la moitié uche de la face, avec réaction de dégénérescence; pa- lysie du nerf moteur oculaire commun, des branches nsitive et motrice du trijumeau; surdité du côté gau- e; perte du goût dans la région de la moitié gauche la langue, y compris son tiers postérieur; atrophie de t organe du même côté; paralysie du nerf laryngé périeur, l'affaiblissement de la voix; troubles de déglu- tion); atrophie du muscle sterno-cleido-mastoïdien ; aralysie du nerf supplémentaire de Willis du côté uche; certain rétrécissement de la pupille par suite la parésie des fibres du sympathique cervical. De rte que, chez cette femme, tous les nerfs crâniens du ôté gauche, à part les trois premières paires, ont été tteints. Cependant, on n'a noté aucun trouble du côté u tronc ni des extrémités. Quant aux phénomènes sub- ctifs, il faut noter une céphalée localisée dans la région ccipitale gauche. En outre, on percevait très nettement n bruit systolique au niveau de l'apophyse mastoïde auche. C'est en se basant sur tous ces phénomènes que echtereff fit le diagnostic d'anévrisme de la caro- ide développé en dehors de la cavité crânienne — probablement dans le canal carotidien — et allant usqu'à la selle turcique. C'est dans cette région qu'a été tteint le moteur oculaire commun; les autres nerfs ont té atteints au niveau même des trous crâniens par les- quels ils passent. Sur la proposition de Bechtereff, M. **Parloff** fit à la malade la ligature de la carotide gau- che; le bruit systolique disparut à la suite de l'opération; l revint six semaines après, mais fut beaucoup moins ntense. Quelques semaines avant sa mort, la malade ntra pour la deuxième fois à l'hôpital, et, à ce moment, n nota les phénomènes suivants : pouls très lent, ver- iges, faiblesse générale, tuméfaction des tissus autour le l'oreille gauche, écoulement ichoreux. Il était évi- ent que les accidents primitifs s'étaient compliqués. L'autopsie a montré la présence d'un abcès dans le lobe temporal gauche; on trouva, en outre, un anévrisme de la carotide du volume d'une grosse noix, dans l'intérieur du rocher. Le diagnostic clinique fut donc ainsi confirmé.

A la *Société de chirurgie russe de Pirogoff*, **Rostoftzeff** a rapporté un cas de **fracture double des apophyses articulaires du maxillaire inférieur**. Il s'agit d'une jeune fille de douze ans qui s'était jetée par la fenêtre d'un troisième étage. La bouche est à demi ouverte et remplie de sang; le maxillaire inférieur est profondément déprimé; les dents du maxillaire supérieur sont presque toutes cas- sées; les mouvements volontaires du maxillaire inférieur sont complètement abolis. La réduction était impossible à maintenir. Les deux régions temporales étaient doulou- reuses et visiblement tuméfiées. La malade est incapable de parler. Un examen attentif fit reconnaître une fracture de deux apophyses articulaires. Le traitement consista à repousser en avant le maxillaire inférieur à l'aide d'un appareil spécial; l'application de cet appareil avait lieu tous les jours. Pendant les premiers jours, la malade était nourrie à l'aide d'une sonde œsophagienne; à partir du neuvième jour, elle a commencé à parler, quoique encore d'une façon peu intelligible.

Six semaines après le début du traitement, l'enfant avait recouvré la plénitude des mouvements de sa mâ- choire au point qu'elle pouvait casser des noisettes avec ses dents.

Rostoftzeff fait remarquer que les cas de fracture double des apophyses articulaires sont assez rares : il n'en a pu recueillir que 5 cas dans la littérature médi- cale, encore faut-il noter que, dans ces 5 cas, la fracture des apophyses articulaires était compliquée de fractures du crâne et d'autres os, fractures tellement graves que la majorité des blessés avaient fini par succomber. Un seul a guéri, mais la mobilité du maxillaire inférieur resta chez ce malade, fort compromise. Jusqu'à présent on n'a pas encore formulé d'indications précises pour le traitement de ces fractures.

A la *Société d'anthropologie de Moscou* nous devons signaler une communication fort intéressante de **Guilts- chenko** sur le **poids du cerveau et de ses parties isolées en rapport avec la taille, l'âge et la race.** Au début de sa communication, Guiltschenko fait un rapide aperçu historique sur le poids du cerveau, et admet que le rapport entre le volume du crâne et celui du cerveau est loin d'être constant. Il présente d'assez grandes variations, ce qui résulte du déve- loppement plus ou moins considérable des méninges. Guiltschenko a examiné 750 cerveaux qui apparte- naient, pour la plupart, à des militaires ayant succombé dans les hôpitaux. Le cerveau était pesé immédiate- ment après son extraction de la boîte crânienne, avec toutes ses enveloppes et le sang contenu dans ses vais- seaux. Ensuite, après l'avoir sectionné, suivant le bord antérieur du pont de Varole en deux parties une anté- rieure et une postérieure, et en deux hémisphères, droit et gauche, on pesait séparément chacune de ces parties. Les chiffres obtenus étaient comparés entre eux et ensuite additionnés.

On avait ainsi un autre chiffre, représentant également le poids du cerveau, mais privé de son sang et d'une partie de ses enveloppes. Ce chiffre était, bien entendu, inférieur à celui qu'on avait obtenu dans la première opération, c'est-à-dire lorsqu'on avait pesé le cerveau intact. C'est ce dernier chiffre qui servait de terme de comparaison. En groupant ces matériaux d'après l'âge, la taille, la race, le degré de dévelo, pement intellec- tuel, etc. Guiltschenko est arrivé à ce résultat que c'est entre vingt et trente ans que le cerveau offre le poids le plus considérable. Au fur et à mesure qu'on s'approche de la vieillesse, son poids diminue. En outre, il varie avec la taille. Quant à l'influence du développement intel- lectuel, l'auteur est loin d'être arrivé à la conclusion à laquelle on aurait dû s'attendre, à savoir que le cerveau de l'individu doué d'une grande intelligence, ou du moins instruit, pèse plus que celui de l'individu privé de culture intellectuelle. Au contraire, même, la moyenne du poids du cerveau des individus instruits est, d'après les données de l'auteur, inférieure à celle des individus sans instruc- tions. Quant, à l'influence de la race, elle se manifeste par les chiffres suivants : Grande Russie, 1.368, Russie blanche, 1.472; Pologne, 1.396; Lithuanie, 1.440. Quelques cerveaux examinés, et appartenant à des Grecs et à des Juifs, ont donné une moyenne très inférieure. Le poids de la partie postérieure du cerveau constitue 12 pour 100 du poids total; le poids de l'hémisphère droit est supé- rieur à celui de l'hémisphère gauche.

**Wartanoff** demande à quel signe on doit reconnaître un esprit cultivé. Guiltschenko répond qu'il en admet deux : la position sociale et l'instruction.

**Tarenetzky** attire l'attention sur ce fait : que le poids des cerveaux de deux hommes célèbres tels que Rubinstein et Tschebischeff n'offrait rien d'extraordinaire et pour- tant ces deux hommes, leur culture intellectuelle mise à part, possédaient encore un élément qui aurait dû influ- encer favorablement le poids de leur cerveau : une haute taille.

## FORMULAIRE PRATIQUE

**Pour éviter la rouille des instruments de chirurgie.**

M. Maréchal (d'Angers) conseille la solution suivante :

| | | |
|---|---|---|
| Borate de soude | 2 | grammes. |
| Eau distillée | 98 | — |

On peut laisser les bistouris, ciseaux, aiguilles, pinces, dans cette solution pendant un an ou deux et les en retirer parfaitement intacts.

**Congestion du foie.**

| | | |
|---|---|---|
| Bryonine | 0,10 | centigrammes. |
| Sucre de lait | 4 | grammes. |
| Gomme arabique | 1 | — |
| Sirop simple | Q. S. pour faire 100 | granules. |

Prendre 1 granule toutes les deux heures jusqu'à éva- cuation alvine suffisante. Chez les individus vigoureux et habituellement sujets à une constipation rebelle, on peut augmenter cette dose de 1 à 2 granules.

(M. Shaller.)

**Broncho-pneumonie des enfants.**

| | | |
|---|---|---|
| Bromoforme | IX à XXV | gouttes. |
| Alcool | 30 | grammes. |
| Eau distillée | 90 | — |
| Sirop simple | 10 | — |

1 cuillerée à café toutes les heures.

Aux enfants âgées de six mois, on peut administrer IX gouttes de bromoforme; à ceux qui ont atteint l'âge de un an : XV gouttes; au-dessus de cet âge, il n'y a aucun danger à prescrire XX à XXV gouttes. Les adultes peuvent ingérer 2 grammes de bromoforme par jour.

(M. Stepp.)

**Gastro-entérite aiguë des enfants.**

M. Trabaud (de Schoenbaum) conseille la formule sui- vante :

| | | |
|---|---|---|
| Racine de colombo | 1 | grammes. |
| faire infuser dans | | |
| Eau bouillante | 75 | grammes. |
| Passez et ajoutez : | | |
| Sous-nitrate de bismuth | 3 | grammes. |
| Sirop de fleurs d'oranger | 15 | — |

1 cuillerée à café toutes les deux heures.

## Répertoire thérapeutique

Tout ce qui touche au traitement de la phthisie est d'un si haut intérêt que la liste des tentatives faites pour la combattre devient de plus en plus considé- rable. Étant donné la nature microbienne et la trans- missibilité de cette affection, on a essayé de cultiver le bacille pour l'atténuer et obtenir un vaccin selon les procédés de Pasteur. Les résultats obtenus sont encourageants, mais insuffisants encore, pour éta- blir par cette voie une méthode curative. Les re- cherches pour découvrir un agent destructeur du micro-organisme sont aussi très nombreuses, mais le véritable spécifique est encore à trouver; et, tandis que quelques expérimentateurs s'efforcent d'attaquer et de détruire le bacille, d'autres veulent imprégner l'organisme d'agents qui le rendent réfractaires aux attaques de ce microbe. Quelle que soit celle des théories que l'on adopte, il faut, à côté du traitement hygiénique approprié, avoir recours à l'emploi des médicaments choisis dans la série des antiseptiques et des balsamiques, et parmi ces derniers, la créosote s'est constamment montrée d'une incontestable supériorité. Comme antiseptique, elle arrête l'évolution bacillaire, comme balsamique, elle diminue les quintes de toux, trans- forme la nature des sécrétions et fait disparaître l'oppression. Elle a été tout récemment très discutée à la suite d'accidents survenus par l'administration de doses exagérées, alors qu'il est reconnu, depuis longtemps, qu'à la dose quotidienne de 40 à 60 cen- tigrammes ce médicament n'occasionne aucun désordre ni aucun trouble digestif.

Depuis quelque temps, on essaye de remplacer la créosote par le gaïacol, son principal élément, ou par le carbonate de gaïacol, par le créosotal ou autres composés de la créosote; mais les plus autori- sés en la matière persistent à attribuer à la créosote un ensemble de propriétés et une sûreté d'effets qui ne se rencontrent ni dans le gaïacol ni dans les nou- velles combinaisons de la créosote. On peut même affirmer que lorsque ces préparations donnent chez un malade une amélioration quelconque, cette amé- lioration sera bien plus sensible et les résultats au- trement appréciables avec l'emploi d'une créosote de choix.

Dans le mode d'administration de la créosote, il est de la plus haute importance de ne pas inspirer de dégoût au malade, et de ménager ses voies di- gestives. Nous nous sommes servi au début de solu- tions et de vins créosotés, bien difficilement acceptés, du reste, et, depuis longtemps, nous ne prescrivons plus que l'huile de foie de morue créosotée; et lors- qu'elle n'est pas bien tolérée ou lorsqu'arrive l'épo- que des chaleurs, nous la prescrivons encore, mais en capsules Dartois, qui contiennent chacune 5 cen- tigrammes de créosote de hêtre dissoute dans 20 cen- tigrammes d'huile de foie de morue, son meilleur dissolvant, et qui, dans ces proportions, évite toute action caustique. Cette préparation nous a tout à fait converti à l'idée que l'on peut, sans offenser l'estomac, employer la créosote en capsules, en la donnant au moment des repas, ou avec une tasse de lait, de tisane ou de boisson quelconque. On a si souvent imprimé le contraire que nous croyons un devoir d'affirmer, dans ce rapide aperçu, que l'expérience nous a complètement guéri de ces craintes chimériques. Nous faisons prendre à nos malades une de ces capsules le premier jour, deux le second, et achevons la semaine avec trois cap- sules, à raison d'une à chaque repas; la deuxième semaine quatre, cinq la troisième, six la quatrième. On peut aller ainsi jusqu'à huit et dix par jour, selon les besoins. La tolérance est vite établie et ce traitement nous donne des résultats infiniment supérieurs à ceux obtenus avec toutes les autres préparations; aussi, sommes-nous absolument con- vaincu aujourd'hui que si la créosote administrée par la voie gastrique n'a pas toujours donné les résultats espérés, c'est que, bien souvent, on a eu recours à des préparations défectueuses et dès lors mal tolérées.

**G. Lauth**. — *Traitement de la tuberculose par l'altitude*. 1 vol. in-18, de 300 pages. Prix : 3 fr. (Octave Doin, éditeur).

*L'Éditeur-Gérant* : Georges Carré.

Paris. — Imprimerie L. Marethеux, 1, rue Cassette.

**ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO**

Les matières premières qui concourent à la préparation de cet Elixir sont : la viande crue, l'eau-de-vie et les écorces d'oranges amères. Aux malades qui ne peuvent vaincre leur répugnance pour les aliments, aux Phtisiques, aux Anémiques, aux Cancéreux, il réussit constamment 4 à 8 cuillerées par jour selon les cas. — *Paris, 20, place des Vosges et Pharmacies.*

**TUBERCULOSES**
**AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME**

**SOLUTION PAUTAUBERGE**

**AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTÉ**

Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr de sel de chaux.
*LA MIEUX TOLEREE des PRÉPARATIONS CREOSOTEES*

**Anticatarrhale** et **Antiseptique**, elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.

**Eupeptique** et **Reconstituante**, elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.

*L. PAUTAUBERGE*, 22, rue Jules-César, Paris ET PHARMACIES.

**TUMEURS -- CANCERS** TRAITEMENT PAR LE **THUYA WUHRLIN**

Observations cliniques par les Drs Chéron, Constantin Paul, Martin-Hauzer, Baratoux, Borilly, Oauquez, Rizat, Perrussel, etc. Env. grat. de la brochure. Ph. WUHRLIN, 11, r. Lafayette, PARIS.

*APPROBATION de l'ACADÉMIE de MÉDECINE*

**SOLUTION TITRÉE DE DIGITALINE D'HOMOLLE ET QUEVENNE**

10 Gouttes de cette Solution représentent exactement 1 milligramme de Digitaline.
**GRANULES DE DIGITALINE D'HOMOLLE ET QUEVENNE** (1 à 2 dans les 24 heures)
Pharmacie COLLAS, 8, Rue Dauphine, PARIS.

**Airol**

Marque "GRIFFON"

**Antiseptique interne et externe**

a tous les avantages de l'Iodoforme sans en avoir les inconvénients.

**L'AIROL** n'est pas toxique et est inodore.
**L'AIROL** est un cicatrisant des plaies.
**L'AIROL** n'irrite pas les muqueuses.
**L'AIROL** est d'un emploi beaucoup moins dispendieux que l'Iodoforme. — *EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.*

**GLYCÉROPHOSPHATES**

**Phosphate vital**
de **JACQUEMAIRE**

*Identique à celui de l'organisme. Entièrement assimilable,* à base de CHAUX, de SOUDE ou de FER

1° SOLUT. GAZEUSE; 2° GRANULE; 3° SOL. INJECTABLE; 4° SIROP; — Indique dans: *NEURASTHENIE, PHOSPHATURIE, ALBUMINURIE, PHTISIE, ANÉMIE, Maladies des ENFANTS, CONVALESCENCES*, etc.

**SEUL EXPÉRIMENTÉ DANS LES HOPITAUX DE PARIS**
L. JACQUEMAIRE, Pharmacien de 1re Classe, à VILLEFRANCHE (Rhône) et toutes Pharmacies.

**ÉPILEPSIE * HYSTÉRIE * NÉVROSES**

*Le* SIROP de HENRY MURE *au* ***Bromure de Potassium*** (exempt de chlorure et d'iodure), *expérimenté avec tant de soin par les Médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.*

*Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre, en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à son incorporation dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.*

Chaque cuillerée de SIROP de HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : 5 francs.

Phien MURE, à Pont-St-Esprit. — A. GAZAGNE, phien de 1re classe, gendre et successeur
Dépôt à Paris : Phien BRUNSCHWIK, 10 Rue Richelieu *et dans toutes Pharmacies.*

**CRÉOSOTAL HEYDEN**

Contenant **92 0/0** de Créosote de Hêtre pure et **8 0/0** d'Acide carbonique

*Seul moyen d'administrer la Créosote de Hêtre à hautes doses sans fatiguer l'estomac, 2 à 3 cuillerées à café par jour.*

CACHET DE GARANTIE HT

**EXIGER LE CACHET DE GARANTIE " HEYDEN "**

AVIS. — C'est la première et seule préparation qui ait été expérimentée dans les hôpitaux et qui ait donné des résultats très satisfaisants pour la guérison de la **TUBERCULOSE.**

VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES

CONTRE Maux de gorge, Aphtes, Extinction de voix, Angine etc.

**GARGARISME SEC** du Dr WILLIAMS

UTILE aux Orateurs, Prédicateurs Chanteurs, Conférenciers, etc.

Ce Bonbon compose d'Extrait de mures et de roses rouges renferme 0,05 de Bi-Borate de Soude et 0,001 de Chlorhydrate de Cocaine pur. — Il présente sur les gargarismes liquides l'immense avantage : 1° d'être très portatif et par conséquent de pouvoir être utilisé à tout moment et en tous lieux; 2° de rester plus longtemps en contact avec les parties malades et d'atteindre plus avant dans la gorge. Il tonifie les muqueuses, déterge les parties excoriées et calme les inflammations existantes.

DÉPÔT : *PHARMACIE NORMALE*, 19, Rue Drouot, PARIS.

*TRAITEMENT INTENSIF DES*
**MALADIES de POITRINE et des VOIES RESPIRATOIRES**
par les **CACHETS HÉRISÉ**

*Tannate de Créosote iodoformée et Glycérophosphates.*
Pharmacie HÉRISÉ, 21, Boulevard Rochechouart PARIS

**DRAGÉES DE DUROZIEZ**
**AU PROTOXALATE DE FER**

*Chaque Dragée contient 10 centigrammes de Protoxalate de Fer. — Une à deux Dragées au début des deux principaux repas.*

**3** fr. LE FLACON
**Pharmacie DUROZIEZ**
58, Boulevard Saint-Michel, PARIS.


Paris. — Imprimerie de la Cour d'appel, L. MARETHEUX, directeur, 1, rue Cassette.